Série 1 FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 434

DU

COLOBOME CONGÉNITAL

DES PAUPIÈRES

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Août 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES NICOLIN

LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

Série 1 FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 434

DU

COLOBOME CONGÉNITAL

DES PAUPIÈRES

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Août 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES NICOLIN

LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. . . . . Doyen.

GAYET. . . . . Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

iniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET
liniques chirurgicales	OLLIER. TRIPIER (Léon)
inique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
linique ophtalmologique	GAYET.
linique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
linique des maladies mentales	PIERRET.
hysique médicale	MONOYER.
himie minérale	GLÉNARD.
himie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
atière médicale et Botanique	CAUVET.
ologie et Anatomie comparée	LORTET.
natomie	TESTUT.
natomie générale et Histologie	RENAUT.
hysiologie	MORAT.
athologie interne	J. TEISSIER.
athologie externe	BERNE.
athologie et Thérapeutique générales	MAYET.
natomie pathologique	TRIPIER (Raymond).
édecine opératoire	PONCET.
édecine expérimentale et comparée	ARLOING.
édecine légale	LACASSAGNE.
ygiène	ROLLET.
hérapeutique	SOULIER.
harmacie	CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

inique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
inique des Maladies des Enfants	PERROUD.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

cconchements	MM. POULLET, agrégé.
otanique	BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

M. AUGAGNEUR	MM. CHANDELUX	MM. JABOULAY	MM. PERRET	MM. SABATIER
BARD	DIDELOT	LANNOIS	POLLOSSON	WEILL
BEAUVISAGE	FLORENCE	LEVRAT	POULLET	VINAY
BOUVERET	HUGOUNENQ	LINOSSIER	RODET	

M. ETIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. MONOYER, *président;* M. GAYET, *assesseur;* MM. POLLOSSON et JABOULAY, *agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont ésentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni probation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

M. LE CHANOINE NICOLIN

CURÉ DE SAINT-MAURICE, A BESANÇON

A MES TANTES

A MES SŒURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONOYER

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DOR

PROFESSEUR HONORAIRE A L'UNIVERSITÉ DE BERNE

165250

INTRODUCTION

Ayant eu l'avantage de voir, avec notre maître, M. le professeur Dor, un cas de colobome congénital des deux paupières supérieures (Obs. XLIV que nous publions plus loin), nous avons été heureux, eu égard à la rareté de cette malformation, de pouvoir choisir ce sujet comme thèse inaugurale, et cela, d'autant plus volontiers, que, comme on le verra par la suite, nos conclusions sur la nature de cette affection ne sont pas d'accord avec plusieurs des théories présentées jusqu'à ce jour, et particulièrement avec les idées émises récemment par Van Duyse et partagées par le professeur Panas.

Nous diviserons notre travail comme il suit :

1° Définition et historique ;

2° Anatomie normale des fentes de la face ;

3° Anatomie Pathologique : fente oblique de la face ;

4° Observations;

5° Théories émises par les différents auteurs ;

6° Discussion et conclusions.

Bibliographie.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser ici tous nos remerciements à M. le professeur Monoyer, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Que notre excellent et cher maître, le docteur Dor, professeur honoraire d'ophtalmologie à l'Université de Berne, qui nous a inspiré l'idée de ce travail, reçoive ici l'expression publique de toute notre reconnaissance pour l'affectueuse bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et pour la sage direction que sa haute expérience a donnée à nos études durant les quatre années où nous avons été son chef de clinique.

Enfin, nous adressons aussi nos sincères remerciements à M. Louis Dor, préparateur à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine et à notre excellent ami M. Jules Schwartz, pour leur précieux concours dans les nombreuses traductions allemandes qui nous étaient nécessaires pour mener à bien notre modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET HISTORIQUE

Le *colobome* ou *coloboma* congénital des paupières, nommé aussi *blépharo-coloboma*, *schizoblépharie* (de Wecker, Panas) est une malformation qui consiste en une sorte d'entaille perpendiculaire ou oblique, ayant souvent la forme d'un V, à l'ouverture dirigée vers le bord libre des paupières, ou d'une M (cas de Horner), d'autres fois aussi celle d'une fissure à bords parallèles, dentelés ou droits, arrondis et souvent épaissis, garnis ou non de cils. Par analogie avec la fissure labiale qui constitue le bec-de-lièvre, on appelle aussi le colobome le bec-de-lièvre de la paupière. La perte de substance a pour siège de prédilection la paupière supérieure ; pourtant on la rencontre aussi à la paupière inférieure ; elle occupe presque toujours les parties moyennes, et se porte

tantôt en dedans, tantôt, mais plus rarement, en dehors. Le colobome peut être simple ou double, intéresser les deux paupières du même côté, ou les paupières correspondantes des deux yeux. La fente que forme le colobome comprend habituellement la rangée des cils, la peau, le muscle et le cartilage tarse.

Ces fissures peuvent exister seules ou se compliquer de brides qui partent du pourtour de l'orbite, pénètrent dans la fente pour aller se fixer sur le globe de l'œil, sur la sclérotique ou sur la cornée. Quelquefois on rencontre une mince languette cutanée, rappelant une membrane nictitante, qui unit les deux bords du colobome vers son sommet. Celui-ci est aussi parfois divisé et comme dédoublé par un bourrelet de peau. Si la languette dont nous venons de parler fait défaut, on en retrouve souvent des traces sur le globe oculaire sous forme de symblépharon ou de tumeurs dermoïdes. La surface du globe de l'œil correspondante au colobome présente presque toujours des anomalies de texture et de courbure (opacités marginales, déformations de la limite scléro-cornéenne, etc.)

Il existe encore un grand nombre d'autres complications, telles que les becs-de-lièvre, les gueules-de-loup, le lagophtalmos, le colobome de l'iris et de la choroïde, la microphtalmie, la blépharoptose, etc., et enfin toute série de malformations dues à une évolution vicieuse des parties composantes de la face, notamment des bourgeons maxillaires supérieurs du premier arc viscéral et du bourgeon fronto-nasal qui en constituent la base première.

Le coloboma palpébral est très rare; jusqu'à ce jour la science n'a pu en enregistrer qu'un petit nombre d'observations. Le premier cas est dû à Mayor (Thèse de Montpellier, 1808) (4) [1]. Pourtant, Wilde (31), en 1862, parlant des malformations des paupières et tout en donnant le colobome comme une affection très rare, ajoute qu'il a été mentionné, il y a environ un siècle, par un vieux chirurgien anglais, Banister. Ce dernier affirmait que la paupière est quelquefois fendue au centre, dans une direction perpendiculaire, comme cela se présente dans le bec-de-lièvre. Après Mayor, nous avons successivement les observations de Beer (9), de Heyfelder (10), de Ammon (15). C'est à Heyfelder que l'on doit une des premières théories de la genèse de cette malformation. Pendant longtemps, les auteurs se sont accordés pour prétendre que cette affection n'avait jamais été observée que sur un seul œil à la fois. Mackensie (26) lui-même affirme encore, en 1856, qu'elle n'existe jamais aux deux yeux simultanément, tout en reconnaissant qu'elle est plus fréquente à la paupière supérieure qu'à l'inférieure. Depuis, la bibliographie s'est enrichie d'environ quarante cas, que l'on trouvera exposés plus loin en détail, et auxquels nous ajouterons une observation personnelle avec planche (*fig.* 1), héliogravure faite par MM. Lumière, et accompagnant notre texte. Mais il nous faut arriver jusqu'à Manz (41), 1868, pour rencontrer une

(1) Les chiffres entre parenthèses correspondent aux numéros de notre bibliographie. (Voir à la fin de notre thèse.)

observation semblable à la nôtre, c'est-à-dire un colobome des paupières supérieures *des deux yeux*.

La rareté des faits de cet ordre suffirait à elle seule pour justifier la publication du présent travail.

La relation des résultats favorables d'une opération autoplastique, ainsi qu'on pourra en juger d'après la *fig. 2* de la planche, ne pourra qu'ajouter à l'intérêt du sujet traité.

CHAPITRE II

ANATOMIE NORMALE DES FENTES DE LA FACE

Pour bien comprendre le développement du colobome des paupières, nous sommes obligé de donner ici un aperçu du développement de la face chez le fœtus, et pour cela nous ne saurions mieux faire que d'emprunter ces données anatomiques aux remarquables travaux de M. Cusset. *Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme.* (Thèse de Paris, 1877.) et de M. Quénu. *Des arcs branchiaux chez l'homme.* (Thèse d'agrégation, Paris, 1886.)

« Le premier arc branchial, dit Cusset (56) dans sa thèse inaugurale, est destiné à la production de la face, concomitamment avec un autre bourgeon médian *(bourgeon frontal)*, sur lequel nous aurons à dire quelques mots.

« De tous les arcs branchiaux, celui que nous allons décrire est certainement le plus important, et

on n'en peut bien comprendre les métamorphoses qu'autant qu'on met sa conformation primitive en relation exacte avec celle de la portion antéro-latérale de la vésicule céphalique, de laquelle il procède. On peut déjà inférer de ce fait que la formation de la face ne commence qu'après celle du crâne.

« Il naît, du quatorzième au quinzième jour de la vie intra-utérine, aux dépens d'une petite masse blastématique, en forme de bourgeon, située dans la région de la base du crâne correspondant au futur corps du sphénoïde antérieur. Par une croissance beaucoup plus rapide que celle de tous les autres, il s'avance vers la ligne médiane, où il se soude avec celui du côté opposé, formant ainsi un arc fermé, dans lequel naîtra le *maxillaire inférieur*.

« Tout à fait à son début, cet arc branchial se trouve être perpendiculaire à l'axe général du corps de l'embryon, mais la partie antérieure du capuchon céphalique venant à s'infléchir fortement en avant, presqu'à angle droit sur les vestiges de la colonne vertébrale, dans un point qui correspond à l'origine de cet arc, il en résulte que ses rapports sont changés et que, au lieu d'être perpendiculaire à ce capuchon, il se trouve marcher, plus tard, presque parallèlement à sa face inférieure. Aussitôt que la soudure de cet arc avec son homologue du côté opposé a eu lieu, la région cervicale se trouve séparée de la région faciale.

« Cette dernière est alors représentée par une sorte d'enfoncement, appelé improprement bouche, vu que toute la face va se développer dans son aire ;

le nom de *fosse faciale*, que propose de lui donner Baudement [1], vaut certainement mieux.

« L'arc maxillaire inférieur donne naissance à trois arcs secondaires : 1° Le premier naît en dehors et en haut, dans un point qui correspond assez exactement au point d'origine du bourgeon primitif. Il croît d'abord en divergeant, constituant ainsi une sorte d'ailette, qui ne tarde pas à s'infléchir en dedans et à marcher parallèlement au bord supérieur de l'arc qui lui a donné naissance, et dont il constitue, en quelque sorte, un véritable dédoublement. Il arrive, en effet, bien vite à avoir le même volume que son générateur, à tel point que plusieurs auteurs, parmi lesquels Bertrand [2], pour le besoin de sa théorie des quatre vertèbres céphaliques, le décrivent comme un véritable arc primitif, sous le nom de *premier arc branchial maxillaire supérieur*. Une des principeles raisons qui doit faire rejeter cette hypothèse, c'est que, contrairement à ce qui arrive pour tous les arcs branchiaux véritables et primitifs, il ne va pas se souder à son homologue du côté opposé, mais bien au bourgeon médian qui, descendant du frontal, vient s'interposer entre eux. Dans le blastème de cet arc vont se développer, par des points d'ossification différents, le maxillaire supérieur et le jugal.

« Voilà donc déjà la fosse faciale divisée extérieu-

(1) Baudement. *Analogies et différences des arcs viscéraux de l'embryon des vertébrés.* In Ann. des sciences naturelles, 3e série, 1847, t. VII, p. 73.

(2) Bertrand. Thèse de Montpellier, 1862.

rement en plusieurs parties, et transformée, de chaque côté du bourgeon médian, en deux fentes : l'une, supérieure, comprise entre la portion du capuchon céphalique, qui deviendra le frontal et l'arc secondaire maxillaire supérieur que nous venons de décrire ; l'autre, inférieure, comprise entre les deux arcs maxillaires. La première peut recevoir le nom de *fente branchiale fronto-maxillaire*, et la seconde, celui de *fente branchiale intermaxillaire*.

« La fente fronto-maxillaire ne s'oblitère que dans sa moitié postérieure, tandis que sa moité antérieure livre passage à un prolongement des lobes antérieures du cerveau (vésicule ophtalmique), et constitue la *cavité orbitaire*. Cette vésicule, qui n'est autre que les premiers vestiges du globe oculaire, acquiert donc ainsi, par l'entremise de cette fente et des parties blastématiques qui la tiennent, un squelette particulier. On voit chez l'adulte les traces persistantes de cette fente, sous forme d'une ligne sinueuse, située sur le plancher inférieur de l'orbite, et reliant la soudure de la branche montante du maxillaire supérieur avec le frontal à celle de l'os malaire avec l'apophyse externe du frontal. C'est aussi sur le trajet de cette fente, mais surtout à ses deux extrémités, qu'on voit se développer les kystes dermoïdes intra ou périorbitaires.

« La fente intermaxillaire persistante, sur toute son étendue, dans ses parties squelettiques, n'est autre que l'espace qui sépare les deux mâchoires. Les parties molles viennent se souder par dessus elle, dans ses trois quarts postérieurs, tandis que

son quart interne, réuni à celui du côté opposé, constitue l'ouverture buccale.

« A la face interne de l'axe maxillaire supérieur naissent encore deux petites ailettes qui s'étendant horizontalement, vont se souder sur la ligne médiane palatine, et séparent ainsi la bouche des fosses nasales. Ce sont les *prolongements palatins* du maxillaire supérieur.

« 2° Sur le premier arc branchial, en dedans et plus en arrière, à une époque très rapprochée de celle de la naissance de l'arc secondaire maxillaire supérieur, naît un deuxième bourgeon qui va devenir l'*arc secondaire ptérygo-palatin*. Celui-ci se développe rapidement, marche parallèlement à la voûte du crâne, s'incurve en dedans, et va se souder en se contournant sur lui-même, partie sur la ligne médiane palatine avec son homologue du côté opposé, parachevant ainsi la voûte osseuse commencée en avant par les prolongements palatins du maxillaire supérieur, partie à la voûte du crâne en arrière, dans la région du sphénoïde, établissant de cette façon le premier point d'attache entre les os de la face et ceux du crâne. Cet arc secondaire donne naissance, comme son nom l'indique, à *l'os palatin* et *à l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde*. Toutes les fentes que cet arc limite avec les parties voisines subissent une oblitération complète. La première, celle qu'il forme avec l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde, *fente interptérygoïde*, est même une de celles des fentes branchiales de la face qui se soude la première. La deuxième, située sur

la ligne médiane antéro-postérieure de la voûte palatine, en arrière, se soude à peu près en même temps que celle des prolongements palatins du maxillaire supérieur. Les deux réunies forment une ligne de soudure antéro-postérieure qui commence au trou palatin antérieur pour se terminer sur le bord postérieur de la voûte palatine osseuse. La persistance de cette fente, dont l'oblitération est tardive, constitue la *gueule-de-loup*. »

Nous ne parlons pas ici du troisième arc secondaire qui est le premier vestige du cartilage de Meckel.

« Telles sont, continue Cusset, les transformations successives du premier arc branchial chez l'homme et les mammifères, et nous pourrions presque dire dans toute la série des vertébrés. Ajoutons encore, pour être complet, que, dans le point correspondant à la soudure du maxillaire inférieur, on voit naître deux petits tubercules, un de chaque côté, qui, en se soudant l'un à l'autre, forment un bourgeon triangulaire : c'est le premier rudiment de la *langue*. Ce bourgeon devient ensuite plus arrondi, et s'allonge en un cône charnu qui conserve toujours les traces d'une soudure médiane ; il se fléchit en avant, et sa base devenant de plus en plus large, écarte ainsi de plus en plus les deux arcs branchiaux l'un de l'autre. De plus, en même temps que le travail d'oblitération fait disparaître les fentes interceptées par les diverses parties de cet arc, on voit les parties molles s'accroître par dessus et modifier un aspect qui, sans elles, aurait été monstrueux. Le développement des joues

modifie la position de l'ouverture buccale, la rend plus petite, en même temps que, par un prolongement supérieur, il fournit à l'œil, qui se trouve alors en voie de rapide développement, les matériaux nécessaires à la formation de ses voiles protecteurs, *les paupières*. Ce développement des parties molles est, dans une certaine mesure, très limité peut-être, indépendant de celui des parties dures, ce qui permet de comprendre ces faits de difformités congénitales de la face dans lesquels l'arrêt de développement des téguments ne s'accompagne pas d'une lésion semblable du côté du squelette ou réciproquement. La règle est cependant que les fissures étendues des os s'observent en même temps que celles des parties molles, tandis que ces dernières pouvent exister seules.

« En résumé, par suite du développement direct de la masse blastématique, le premier arc branchial donne naissance à la mâchoire inférieure ; puis, par suite du développement des amas de substance qui sont en rapport avec lui, il émet des arcs secondaires qui vont se différenciant, s'isolant, se spécialisant de plus en plus, et qui donnent naissance aux *os palatins*, aux *apophyses ptérygoïdes externes*, aux maxillaires supérieurs, aux malaires, aux marteaux, et aux enclumes.

« Pendant que tous ces phénomènes s'accomplissent, on voit apparaître à la partie antérieure du capuchon céphalique un bourgeon sur les transformations duquel nous n'insisterons pas beaucoup, attendu qu'il ne fait pas partie de l'appareil que

nous nous sommes proposé de décrire. Mais comme il entre pour une grande part dans le développement de la face, dont il constitue en quelque sorte la clef de voûte, nous ne pouvons pas le passer sous silence. En s'interposant entre les extrémités internes des arcs secondaires émanés du premier arc branchial, il leur fournit d'abord un point d'appui, et de plus, intercepte avec eux une fente importante à connaître au point de vue spécial qui nous occupe. Son apparition a lieu à peu près à la même époque que celle du premier arc branchial. On lui donne les noms divers de bourgeon *frontal*, *fronto-maxillaire*, *incisif ou intermaxillaire ;* c'est à Gœthe, l'immortel poète naturaliste de Francfort, que nous en devons la connaissance chez les mammifères (1). Paraissant unique au début, il se bifurque de façon à donner deux bourgeons frontaux latéraux, sur chacun desquels se fait ensuite une dépression, en cul-de-sac du feuillet blastodermique externe. Cette dépression, qui n'est pas sans analogie avec celle en doigt de gant qu'on a vu former la cavité bucco-pharyngienne, gagne en profondeur, s'ouvre dans le pharynx, et devient ainsi la portion olfactive des fosses nasales (fossette olfactive). Elle est limitée de chaque côté par un bourgeon nasal interne et bourgeon nasal externe. Le bourgeon nasal interne, refoulé en dedans par l'accroissement des parties latérales de la face, se soude à son homologue du côté opposé pour constituer le tubercule incisif dans lequel se

(1) Gœthe. *Œuvres d'hist. naturelle*, traduction Martius. Paris, 1837

développent le *vomer* et l'*os incisif ou intermaxillaire*. Le bourgeon nasal externe, après la descente du tubercule incisif, se soude également à celui du côté opposé et donne naissance aux os *unguis ou lacrymaux*, aux os propres et aux ailes du nez et aux *cornets inférieurs*. C'est chez l'homme que ce dernier acquiert son summum de volume, en rapport avec la saillie plus grande du nez, signe évident de supériorité dans la race. Dans les races humaines inférieures, au contraire, de même que chez le singe, la force plastique se porte sur le bourgeon incisif au détriment du bourgeon nasal, et la racine du nez s'aplatit de plus en plus. Nous renvoyons à ce sujet le lecteur aux magnifiques planches qui accompagnent le mémoire de Gœthe sur l'os intermaxillaire.

« Par son bord externe, le bourgeon nasal se met en rapport avec ce qui sera la branche montante du maxillaire supérieur, et, de leur soudure incomplète dans les parties profondes, résulte le *canal nasal ou lacrymal*, qui à ce moment communique directement avec la bouche. On a vu comment s'opère la séparation. La fente interceptée s'étend de l'angle interne de l'orbite à la lèvre supérieure en un point qui correspond à l'interstice de la dent canine et de l'incisive externe. Chez le fœtus, elle est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, mais à mesure que la saillie du nez se prononce, elle approche de plus en plus de la verticale, qu'elle finit même par dépasser, pour devenir légèrement oblique de haut en bas et en dehors. Cette fente est,

en quelque sorte, la continuation de celle déjà décrite sous le nom de fronto-maxillaire, et qui traverse d'un angle à l'autre de l'orbite. On pourrait l'appeler *fente naso-maxillaire*.

« Suivant Bischoff, tous ces phénomènes relatifs au développement de la face, qui commencent chez l'homme au quinzième jour, seraient terminés au milieu du troisième mois, de sorte que les arrêts de développement portant sur cette région remonteraient à une époque assez reculée de la vie intra-utérine. »

En récapitulant ici les fentes interceptées par les arcs secondaires du premier arc, en les classant d'après la rapidité de leur soudure, ce qui n'est pas sans importance au point de vue tératologique, nous trouvons donc :

1° Fente interpterygoïdienne ;
2° Fente intermaxillaire ;
3° Fente fronto-maxillaire ;
4° Fente naso-maxillaire ;
5° Fente cruciale médico-palatine.

Les fentes 3 et 4, fronto-maxillaire et naso-maxillaire, sont les fentes qui peuvent présenter quelque rapport avec le colobome palpébral.

Voici comment Quénu (85) après avoir emprunté, lui aussi, au travail de Cusset la division ci-dessus, envisage les arcs branchiaux :

« L'évolution de l'appareil branchial en général peut se résumer en quelques mots :

« Les fentes disparaissent toutes chez l'homme, sauf une petite partie de la première.

« Les quatre arcs président à la formation du cou et de la face.

« Le premier arc donne naissance à toutes les parties molles et dures de la face ; il mérite bien, ainsi que le dit Sappey, le nom d'arc *facial* proposé par Milne-Edwards. Les autres arcs devraient s'appeler arcs cervicaux ou pharyngiens.

« Que le processus d'oblitération des fentes manque, ou s'arrête pour l'une d'elles, et nous aurons un vice de conformation, un arrêt de développement définitif correspondant à un état transitoire normal. »

Nous serons bref sur l'apparition des points osseux dont j'emprunte la description à M. Sappey :

« Le maxillaire supérieur se développe par cinq « points d'ossification. Les points supérieurs (orbito- « nasal) forment, en s'appliquant l'un à l'autre, le « plancher de l'orbite ; la gouttière et le canal sous- « orbitaire résultent de leur conjugaison. Le point « inférieur ou palatin prend part à la formation de la « gouttière alvéolaire, et constitue les deux tiers pos- « térieurs de l'apophyse palato-nasal. Le quatrième « point antéro-interne est encore appelé point nasal, « le cinquième point nasal, enfin, nous est connu et « n'appartient pas à l'arc facial, c'est le point incisif. « Kolliker met en doute l'existence constante de « tous ces points, et se demande s'ils n'appartiennent « pas à la catégorie des points d'ossification aber-

« rants, si fréquents dans les os de revêtement. L'os
« palatin a pour origine un seul point d'ossification,
« qui siège à l'union des deux portions. »

Comme nous admettons que le colobome congénital de la paupière dépend d'un défaut de soudure de la fente fronto-maxillaire et de la fente naso-maxillaire, nous allons étudier l'anatomie pathologique de ces fentes, en nous basant surtout sur le remarquable travail de Morian, publié (88) dernièrement dans les archives de Langenbeck, sous le titre de : *Ueber die schræge Gesichtsspalte*, travail que nous citerons en grande partie.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE - FENTE OBLIQUE DE LA FACE

Nous avons étudié à fond les travaux anatomiques de Théodore Koelliker et d'Albrecht (voir notre bibliographie); mais comme ils portent surtout sur l'existence d'une fente intra-incisive acceptée par Albrecht et niée par Koelliker, et comme cette question n'a qu'un rapport indirect avec la fente qui donne naissance au colobome, nous avons cru devoir nous dispenser d'entrer dans de plus grands détails. Tout ce débat se trouve d'ailleurs jugé par Morian dans le présent chapitre :

« Comme toutes les fentes congénitales de la face doivent leur origine aux fentes physiologiques, la fente oblique de la face commence de même à la bouche ou au nez et se termine à la cavité orbitaire. La première description d'une fente semblable date de 1732, elle est due à Kulmus (1). Toutefois, pendant

environ un siècle, toutes les fentes congénitales de la face, en y comprenant les fentes de la lèvre inférieure et les fentes obliques des joues, étaient comptées parmi les becs-de-lièvre et les gueules-de-loup.

« Le Français Laroche (7) fut le premier qui, en 1823, sépara de cette classification générale la fissure congénitale des joues. Geoffroy Saint-Hilaire, en 1832 (11) et Walter Dick (13), en 1837, élargirent encore le point de vue étiologique de ces fentes. En 1864, Pelvet (29) sépara la fissure naso-génienne de la fissure congénitale des joues, et en même temps il indiqua son importance physiologique, en la considérant comme un sillon oculo-nasal resté ouvert; de même qu'avant lui la fissure oblique des joues avait été considérée comme un hiatus embryonnaire entre les lobes maxillaires supérieur et inférieur.

« La rareté de cette monstruosité fut cause que ces publications furent peu remarquées, et que des cas semblables plus récents furent de nouveau comptés parmi les fissures des joues ou les becs-de-lièvre selon les anciens errements.

« La pièce anatomique de Talko (1871) et les cas de Hasselmann (1874) et de Kraske (1876) ramenèrent de nouveau l'attention sur la fente oblique de la face. En 1884, il y a surtout deux auteurs qui ont contribué beaucoup à la solution de la question des becs de lièvre : Albrecht (79) et Théodore Koelliker (76) ; le premier se basant surtout sur des recherches anatomiques et théoriques, et le second sur des recherches embryologiques. Ils sont arrivés à des conclusions différentes.

D'après Koelliker, cette fente est un sillon naso-orbitaire resté ouvert et la continuation d'un bec-de-lièvre ordinaire selon la première affirmation de Pelvet. Cette fissure va par conséquent de la bouche à travers le nez, jusqu'à l'œil, en passant entre l'intermaxillaire (qui pour lui, provient d'une seule pièce) et le maxillaire supérieur. On peut en complétant ces idées d'après les dernières recherches de *Biondi* (90) en 1886, ajouter d'un côté entre l'intermaxillaire interne, et de l'autre, entre l'intermaxillaire externe et le maxillaire supérieur.

D'après Albrecht, la lèvre supérieure et le maxillaire supérieur se développent de chaque côté en trois parties :

1° Supralabium internum. — Endognathion (apophyse frontale interne).

2° Supralabium medium. — Mesognathion (apophyse frontale externe).

3° Supralabium externum. — Exognathion (apophyse du maxillaire supérieur).

La fissure entre *1* et *2* constitue le bec-de-lièvre ; celle entre *2* et *3* constitue la fente oblique de la face. Celle-ci ne peut jamais se terminer dans le nez comme un sillon stomato-orbitaire, mais elle va de la bouche, toujours en dehors du nez, directement à travers la joue jusqu'à l'œil, en passant à travers l'intermaxillaire externe et le maxillaire supérieur.

« Voilà où en était l'état des choses en 1887, comme la démontré la discussion d'une pièce anatomique de la collection de la clinique du professeur Bergmann, pièce présentée au XV° Congrès des chi-

rurgiens allemands par Morian, assistant de la clinique du professeur Bergmann, de Berlin.

Malgré la pauvreté des données bibliographiques, dit cet auteur, elles sont pourtant suffisantes pour conclure du débat entre Albrecht et Koelliker, que chacun d'eux a raison, mais aucun d'une manière exclusive, car les deux espèces de fentes obliques de la face se rencontrent. Bien plus, on en trouve même une troisième située plus en dehors, qui, de l'angle de la bouche à travers la joue et le corps du maxillaire supérieur, va aboutir à la cavité orbitaire. Il y a donc, d'après Morian, trois types de fentes obliques de la face :

I°. — Dans la première forme, qui répond à celle de Théodore Koelliker, la fente commence dans les parties molles, à côté du frein, au bord de la lèvre supérieure comme un bec-de-lièvre typique : elle passe d'abord dans le nez, puis en dehors autour de l'aile du nez, entre le nez et la joue, puis se dirige en haut jusqu'à la fente palpébrale en passant soit par l'angle interne de l'œil, soit par la paupière inférieure ; de la fente palpébrale, elle gagne le front par une direction oblique à travers l'angle externe de l'œil.

Cette fente n'existe pas toujours dans toute sa longueur, souvent elle s'arrête au-dessus de l'aile du nez. D'autres fois, la lèvre supérieure seule est entaillée, et la fente s'étend seulement dans l'espace compris entre le nez et la cavité orbitaire. En général, elle s'étend de la bouche à la fente palpébrale, en passant à travers le nez.

Par conséquent, dans le tissu osseux, elle est située entre l'intermaxillaire interne et l'intermaxillaire externe, et s'étend jusqu'au nez et à l'orbite, de telle sorte que l'intermaxillaire interne, le vomer, l'os propre du nez, l'ethmoïde et l'os lacrymal avec le cornet inférieur se trouvent situés à la partie interne de la fente, tandis que l'intermaxillaire externe, le maxillaire supérieur et l'os palatin sont en dehors. La fente peut se continuer entre l'os malaire et le frontal.

Sa profondeur est variable.

Le canal lacrymal ou bien fait complètement défaut, ou bien reste ouvert, et ce n'est que dans les cas très légers qu'il est intact. Généralement une fente maxillo-palatine totale accompagne cette forme de fente oblique de la face. Morian n'a découvert que dix-neuf cas appartenant à ce premier groupe.

« II°. — Dans la deuxième forme de fente oblique de la face qui concorde avec celle d'Albrecht, la fente commence à la lèvre supérieure, à peu près à l'endroit où commence aussi le bec-de-lièvre ordinaire. Elle ne s'étend pas cependant dans la fosse nasale, mais en dehors de l'aile du nez, dans le sillon naso-génien, ou le long de la joue en dehors de ce sillon. Elle atteint la fente palpébrale, en traversant l'angle interne ou la paupière inférieure. Elle gagne le front en passant par le *canthus externus* ou la paupière supérieure, car elle s'étend en général de la bouche jusqu'au delà de la fente palpébrale. Dans les os, la fissure gagne l'orbite, en passant entre l'intermaxillaire externe et le maxillaire supérieur, en dedans

du trou sous-orbitaire, et se prolonge plus haut, à travers le bord sus-orbitaire, entre l'os frontal et le malaire. Les deux intermaxillaires, le vomer, l'os propre du nez, l'ethmoïde, l'os lacrymal, et le cornet inférieur sont situés à la partie interne de la fente, tandis que le maxillaire supérieur et le palatin sont en dehors. Ici, aussi, la profondeur de la fente est variable entre deux incisives, ou entre une incisive et la canine. L'*apertura pyriformis* conserve ses bords osseux. Le canal lacrymal est intact dans les cas légers de cette déformation, mais il fait défaut dans les cas graves. L'arcade alvéolaire présente une légère échancrure dans les cas légers de cette seconde forme, qui sont guéris pendant la vie intra-utérine. Le palais forme simplement une voûte à courbure très prononcée. Dans les cas graves, la fissure du maxillaire s'étend partiellement jusqu'au *foramen incisivum*, et dans des cas plus graves encore, le maxillaire et la voûte palatine sont complètement fendus.

Les cas de cette seconde forme se montent à douze, y compris ceux que j'ai eu l'occasion d'observer.

« III°. — La troisième forme est la plus rare ; on n'en trouve que trois cas dans la bibliographie. Je puis y ajouter un quatrième cas douteux, où les parties molles présentent une fissure incomplète. Dans cette forme, la fente commence, dans les parties molles, à la commissure des lèvres, et s'étend sous forme d'arc convexe, tantôt en dehors, tantôt en dedans, jusqu'à la fente palpébrale, en passant,

soit à travers la joue et la paupière inférieure, soit à travers l'angle des paupières ; tandis que dans l'os, la fissure commence au bord alvéolaire, en dehors de la canine, et va à l'orbite en passant à travers le corps du maxillaire supérieur, aux environs du canal sous-orbitaire. Dans cette troisième forme, le canal lacrymal est fermé, le palais est intact, ou bien encore on trouve une fissure antérieure et incomplète du maxillaire. Cette forme se rapproche beaucoup du cas connu sous le nom de « fente oblique des joues », mais cependant ces deux difformités se différencient d'une façon très nette, quoique, en principe, il n'y ait pas entre elles de différence notable. Ces deux fentes commencent à la commissure des lèvres, mais la fente oblique de la face s'étend jusqu'à l'orbite, tandis que la fente oblique des joues se dirige vers l'oreille ou vers la tempe, en passant à travers l'os molaire, tout en laissant l'orbite intacte. Les déformations des annexes de l'appareil auditif et de la conque de l'oreille ne sont pas spéciales à la fente oblique des joues ; on les trouve aussi dans la fente oblique de la face.

« Dans la fissure oblique de la face, les fentes des paupières convergent en dedans, et présentent, par suite de la situation et des lacunes des paupières, une forme anormale. Les orbites, sont la plupart du temps, écartées et plus grandes que d'ordinaire, parce que l'accroissement de leurs parois osseuses est inégal et insuffisant. Le maxillaire supérieur reste en arrière et se termine en dedans comme un coin. Le plus souvent le nez est trop bas, et dans les fentes unilaté-

rales, il est déjeté de côté. Les ailes du nez, surtout dans la première forme, sont aplaties.

« Il est à peine besoin de rappeler que la fente oblique de la face peut se présenter d'un seul côté ou des deux côtés à la fois ; quelle peut traverser seulement les partis molles, ou découper le squelette de la face, de telle sorte qu'il semble juste, par analogie avec les divisions des becs-de-lièvre, de diviser les fentes obliques de la face en fentes simples et en fentes compliquées. Comme dans les becs-de-lièvre, on trouve dans les trois formes des cas relativement assez nombreux de guérisons intra-utérines. Dans vingt-six cas de fissure de la face, on en trouve dix dans le sexe masculin, et seize dans le sexe féminin. Dans nos trente-quatre cas de fissure de la face, il y en a dix-neuf doubles : les quinze cas simples se divisent en neuf du côté gauche et six du côté droit. Neuf des cas simples sont combinés avec des fissures de l'autre moitié de la face ; cinq compliqués de bec-de-lièvre, et quatre de fissure oblique des joues. Il y a d'autres cas avec des lésions plus graves ; anomalie du crâne, du cerveau d'un côté, et traces d'adhésions ammoniotiques à la tête d'un autre côté, ou les deux à la fois. »

« Klein (3), en 1792, a déjà indiqué l'importance de ces complications en montrant que l'hydrencéphalocèle de son cas se rattache à la monstruosité de la figure. Nicati (6) aussi bien que Laroche en cherchèrent la raison dans les réunions insuffisantes des parties embryonnaires du maxillaire supérieur. Le

premier se range de l'avis de son maître Vrolick qui prétend que la cause en pouvait être dans une trop grande épaisseur de la langue. D'après la description du cas de Meckel (8), 1828, il ressort que la cause proviendrait d'un arrêt dans le développement embryonnaire de la face, et Pelvet (29), en 1864, se joint à cette opinion.

En 1832, Geoffroy St-Hilaire (11) ajoute une nouvelle raison étiologique importante en indiquant comme cause de déformation des adhésions amniotiques que son père avait mises en lumière, et il cite le cas de Nicati.

En 1837, Walter Dick (13) insiste, outre les traces d'adhésions amniotiques, sur l'importance de l'hydrencéphalocèle concommitant. Hecker (37), en 1864, donne une double raison étiologique : la première d'une déformation inhérente au germe et sur laquelle on n'a pas de notions exactes ; la deuxième, sur les adhésions amniotiques indiquées par Braun (33), les plis anormaux, séparation incomplète et tardive de l'amnios. Talko (44 *bis*), en 1871, rejeta la responsabilité des fissures de la face sur les défectuosités des os craniens. Ahlfeld (67), en 1882, en rechercha l'étiologie plutôt dans une adhérence de l'amnios avec les parois de la fissure ou dans l'élargissement de la base primitive du crâne, par suite d'hydropisie des vésicules cérébrales. Récemment, Salzer a indiqué les adhésions amniotiques comme causes communes de la formation des fissures, le développement des dermoïdes, et des tératomes dans la face. Le cerveau est prépondérant

dans la formation de la face ; pourquoi celui-ci quand il se développe pathologiquement n'aurait-il pas une influence sur la formation de la figure ? Cette influence est saisissante dans les cas où, par exemple, un encéphalocèle pénètre dans une fente quelconque, comme Witzel le rapporte, pour une fente médiane du nez. Il se pourrait aussi, comme Ahlfeld l'a très bien compris, que la base cranienne primitive se fût pathologiquement élargie, de telle sorte que les bourgeons du maxillaire supérieur, même s'ils n'atteignent pas leur grandeur normale, qui tendent à se rejoindre d'arrière en avant, n'aient pu atteindre le bourgeon frontal qui descend de la partie antérieure de la vésicule cérébrale. Un développement défectueux du cerveau et du crâne, comme l'anencéphalie, l'acranie, l'hémicranie, ne restera pas sans influence sur la direction de l'accroissement des parties embryonnaires qui forment la face. Ces anomalies du cerveau et du crâne ne causent pas nécessairement des fissures de la face, car celle-ci peut déjà être soudée dans toutes ses parties avant que les anomalies dont nous venons de parler se développent.

L'influence des adhésions amniotiques qui surviennent dans la fente buccale primitive ou dans son voisinage, s'explique encore plus simplement, car ainsi que cela se passe pour le cerveau, ces adhésions peuvent, en raison de la largeur et de la solidité de leurs faisceaux, de leur point d'attache et de leur direction, arrêter dans leur croissance les parties constitutives de la face, ou donner à l'accroissement de ces parties, une direction différente, et cela par une

action purement mécanique. Le temps dans lequel une semblable adhésion produit son effet est très important. Les deux premiers mois embryonnaires sont les plus funestes. Si un cordon amniotique peut amputer des extrémités entières après leur complet développement, il pourra, lorsqu'il sera tendu obliquement sur la face, s'incruster profondément dans les muscles et dans les os, aux époques postérieures de la vie embryonnaire et produire dans la face d'autres fissures que les fentes physiologiques. Il n'y aurait donc rien d'étonnant si, un jour, il se produisait d'autres fentes qne celles connues jusqu'à ce jour.

Jusqu'à présent, nous ne sommes pas encore capable d'épuiser complètement la question de l'étiologie de la fissure oblique de la face. Cependant, il y a deux causes a distinguer : 1° Les anomalies du cerveau et de ses enveloppes ; 2° l'influence surtout pathologique de l'amnios sur la tête. On ne peut s'expliquer pourquoi, dans un cas particulier, il s'est produit telle forme de fissure oblique de la face et non telle autre. La première forme a-t-elle été produite par la cause étiologique que nous avons nommée en premier lieu, la deuxième et la troisième par la dernière? On pourrait le supposer, cependant les renseignements dont nous disposons ne sont pas suffisants pour pouvoir apprécier la valeur de cette hypothèse.

En quoi consiste donc la nature des trois formes de fente oblique de la face et pourquoi les trois lignes de leur direction sur le maxillaire supérieur

sont-elles si typiques, car la fente osseuse peut être considérée comme la chose importante, tandis que les parties molles dans lesquelles la direction de la fente est plus variable, s'adaptent au squelette. On pourrait admettre que les deux causes indiquées ci-dessus peuvent diviser la maxillaire supérieure en un endroit quelconque, parce qu'elles peuvent attaquer n'importe quel point. Cela serait plus compréhensible si le maxillaire supérieur était originairement formé de plusieurs parties osseuses, ou s'il restait dissocié dans un de ses joints par suite de l'action de ses forces. En s'appuyant ainsi sur des processus physiologiques, il s'en suit naturellement une certaine régularité dans l'apparition des fissures obliques de la face, et c'est ainsi qu'en réalité nos trois formes peuvent s'expliquer.

Ceci nous amène à nous demander s'il existe quatre intermaxillaires chez l'homme. La question n'est pas aussi neuve qu'elle le semble. Autenrieth, 1797, est d'avis qu'il y a, originairement, un os spécial pour chaque incisive. Meckel, 1812, partage cet avis, et Leuckart, 1840, a montré par de telles préparations que les quatre intermaxillaires existent depuis l'embryon de trois mois jusque chez le fœtus à terme. Indépendamment de cela, Albrecht, 1879, en a trouvé dans plusieurs crânes d'hommes ou d'animaux. Meyer, 1881, a confirmé ces résultats, et nos recherches personnelles sont d'accord avec cette opinion : que l'on trouve quatre intermaxillaires chez l'homme dans des cas pathologiques. D'après

les recherches pathologiques de Biondi, 1886, le petit intermaxillaire interne appartient à l'apophyse frontale et le grand intermaxillaire externe à l'apophyse du maxillaire supérieur. Si cela est juste, notre première forme de fente oblique répondrait plutôt au sillon oculo-nasal embryonnaire. Mais comment se fait-il que, dans la seconde forme, l'intermaxillaire externe soit séparé du maxillaire supérieur et forme, avec l'intermaxillaire interne, les alvéoles des incisives et les bords de l'« apertura pyriformis? » Il doit avoir été séparé postérieurement du corps du maxillaire supérieur comme cela a pu se produire par un cordon amniotique, et comme on peut le comprendre dans le cas où, au fond de la fissure, il est encore adhérent au maxillaire supérieur ; ou bien nous devons accepter que, par suite de l'atrophie de l'intermaxillaire externe, l'intermaxillaire interne prenne un accroissement excessif, et fournisse, en outre des alvéoles des incisives, la lamelle osseuse pour l'« apertura pyriformis ». Cette hypothèse expliquerait les cas de la deuxième forme avec large ouverture sans traces d'adhésions amniotiques ; et, en réalité, cette hypothèse gagne en probabilité quand on voit ce qui se passe pour le bec-de-lièvre. Car, tandis que, d'après Leuckart et Biondi, les intermaxillaires internes ne sont représentés normalement que par de petites lamelles osseuses, et qu'ils servent à former la paroi postérieure des alvéoles médianes des incisives, ils peuvent, à l'état pathologique, par exemple, dans la double gueule-de-loup, prendre des dimensions si énormes que le bour-

geon n'est pas seulement très proéminent, mais qu'il forme les alvéoles de quatre incisives, et qu'il soit plus large que la double fente du maxillaire dans laquelle il doit rentrer.....

« On ne peut pas non plus se représenter la troisième forme de fissure oblique autrement que par la séparation postérieure de la partie interne du lobe de l'intermaxillaire, et ce phénomène s'expliquerait facilement par des adhésions amniotiques.

« Aux symptômes de la fente oblique de la face se joignent, en général, ceux d'un bec-de-lièvre de même degré, avec ceux qui proviennent des lacunes du sillon lacrymal et des paupières. »

Morian a pu réunir en tout trente-six cas dont sept lui sont personnels, à savoir : quatre préparations osseuses et trois malades vivants guéris en partie pendant la vie intra-utérine. Neuf cas unilatéraux présentent des complications de fissures diverses de la moitié saine de la face. Huit des trente-six cas n'ont pas d'autres graves complications. Dans ce nombre, il n'y a que deux cas qui sont guéris presque complètement pendant la vie intra-utérine avec un crâne normal. C'est donc tout à fait exceptionnellement que la fente oblique de la face peut donner lieu à une intervention chirurgicale consistant en une opération plastique.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous avons cherché avec le plus grand soin à reproduire, d'après les textes originaux, toutes les observations de colobome congénital des paupières qui ont été publiées et dont on trouvera l'indication dans la bibliographie qui termine le présent travail ; il en est cependant quelques-unes que nous n'avons pas pu nous procurer et que, pour cette raison, nous donnerons seulement en résumé.

Nous commencerons par les observations qui concernent le colobome des paupières seul, et nous les ferons suivre des cas relatés par Morian, cas dans lesquels on rencontrait une altération des paupières. Toutes ces observations sont classées autant que possible selon l'ordre chronologique.

Bien que nous ayons attribué à Mayor le premier cas de colobome palpébral, nous avons cru néanmoins devoir rapporter quelques observations antérieures, dans lesquelles il est question de *fente oblique de la face*, car nous nous proposons de rattacher l'anomalie des paupières à celle de la face.

OBSERVATION I

F. Mayor. — *Essai sur quelques maladies congénitales des yeux.* Thèse de Montpellier, 1808, p. 11.

J'ai vu un enfant qui avait la paupière supérieure divisée à deux lignes de son extrémité interne, dont la plus petite portion formait un bourrelet blanchâtre, placé au-dessus de la caroncule lacrymale et portait le point lacrymal, qui était très prononcé sur son bord inférieur et externe; l'autre partie de la paupière était adhérente avec la conjonctive dans tout le bord de sa division. Il y avait à la partie intermédiaire un paquet vasculaire placé sur le globe de l'œil; il se prolongeait jusqu'à la cornée transparente et faisait l'office d'un tendon qui rapprochait les deux parties de la paupière, lorsque cet enfant voulait fermer l'œil. Par cette conformation, les muscles abaisseurs de l'œil, en attirant ce globe à eux, tendaient le paquet vasculaire, qui rapprochait les deux portions de la paupière et favorisait alors l'action du muscle orbiculaire pour fermer l'œil.

OBSERVATION II

Beer. — *Das Auge oder Versuch*, etc., p. 55. Vienne, 1831.

Résumé. — On trouve à la paupière supérieure de l'œil gauche d'un nouveau-né du sexe masculin un colobome qui laisse la moitié supérieure du globe oculaire à nu. La cornée est conique et transparente.

OBSERVATION III

Heyfelder. — *Ammon's Zeitschrift f. opht.*, t. I, p. 480, 1831. Fente congénitale de la lèvre supérieure, de la paupière supérieure et de la peau du sourcil, et colobome de l'iris.

Le hasard vient de me mettre à même de donner à Ammon une réponse à la question que posait récemment le *Zeitschrift f. opht.*, si l'on peut rencontrer simultanément un colobome de l'iris avec des colobomes palpébraux.

L'enfant que j'ai examiné était âgé de trois mois; c'est le fils d'un Anglais émigré à Bruxelles. Sa mère, au troisième mois de sa grossesse, eut une grande frayeur et tomba en syncope à la vue d'un blessé qui avait reçu un coup de sabre lésant le front, la joue et l'œil. A la fin du huitième mois, elle accoucha d'un enfant délicat qui présentait les anomalies suivantes :

1° Bec-de-lièvre de la lèvre supérieure gauche. Pas d'anomalie du voile du palais, mais, sous la fente de la lèvre, il y a, dans l'apophyse alvéolaire du maxillaire supérieur, une fente;

2° A l'œil gauche, une fente comprenant la moitié inférieure de la paupière supérieure, avec des bords en bourrelets et non adhérents ; de sorte que les mouvements du globe oculaire sont tous possibles;

3° Dans l'œil gauche, un colobome de l'iris; les bords de la fente irienne ne sont pas dirigés verticalement, mais convergent l'un vers l'autre, comme cela a lieu d'ordinaire dans le colobome, et sont inclinés vers l'angle interne de l'œil.

Le bord pupillaire supérieur était situé plus profondément que dans l'autre œil, et un peu moins arrondi. Quoique la vue m'ait paru égale dans les deux yeux, j'ai cependant remarqué que la pupille de l'œil gauche réagissait moins à la lumière que la pupille droite.

Les parents affirmaient qu'aucune anomalie semblable ne

s'était rencontrée chez les membres de leur famille. Un médecin français remarquait dernièrement qu'on pouvait rencontrer une absence du nerf olfactif coïncidant avec une gueule-de-loup ; je me suis demandé si, dans un cas comme le mien, on ne trouverait pas une absence du nerf optique et des nerfs sus-orbitaires ; mais Ammon a examiné tout récemment deux yeux atteints de colobome de l'iris, et n'a rien remarqué de spécial dans les nerfs optiques. Du reste, chacun sait que les malades atteint de colobome de l'iris ont une bonne vision.

OBSERVATION IV

Von Ammon (I.) — *Ammon's Zeitschrift f., Opht.*, t. V, p. 83, 1837.
Colobome congénital de la paupière supérieure.

Z... de D..., âgé de vingt ans, est porteur à l'œil gauche d'un colobome de la paupière supérieure, qui se présente sous la forme d'une encoche de quelques lignes de hauteur et d'autant de largeur. Au niveau de cette encoche, il n'y a pas de cils. Lorsqu'on soulève la paupière, on voit sur la muqueuse conjonctivale une fente, dirigée en haut, qui sépare en deux parties le cartilage tarse. Le malade peut ouvrir l'œil à gauche de la fente, mais pas aussi bien qu'à droite. Cette anomalie est congénitale. L'œil gauche voit moins bien que le droit ; il est atteint d'un léger microphtalmos ; il présente de plus un aplatissement de la cornée qui a une forme ovoïde, ainsi qu'un croissant d'un blanc bleuâtre au niveau d'un point d'attache de la sclérotique ; l'iris est brun.

Un fait remarquable est l'absence du second métatarsien de chaque pied ; il s'ensuit que l'orteil correspondant est en extension forcée et situé sur un plan supérieur aux autres.

Ainsi donc, nous pouvons déduire de notre observation les remarques suivantes :

1° Le colobome congénital de la paupière peut se présenter simultanément avec une fente du cartilage tarse ;

2° Cette anomalie congénitale n'est pas due à un arrêt de développement, c'est un défaut d'organisation.

3° Le tarse peut être scindé en deux, mais il ne manque pas ;

4° Cette anomalie est rarement isolée, et il est fréquent de trouver en même temps un ou plusienrs autres défauts de conformation.

II. — *Klinisch Darstellungen der Krankheit und Bildungsf des Mensch Auges*, t. II, p. 4, 1841.

Von Ammon donne trois cas de colobome simple, un de la paupière supérieure, deux de la paupière inférieure. — Aucune complication signalée.

III. — *Walther und Ammon's Journal der Chir. und Augenheilkunde*, t. LXXXI, p. 96, 1843. Colobome congénital de la paupière supérieure.

Von Ammon rapporte un cas de tumeur congénitale de la sclérotique compliquée de colobome de la paupière supérieure ; celle-ci était fendue jusqu'au bord orbitaire, de telle sorte que la fente palpébrale formait un triangle bordé de cils. Cette observation complète la série de colobomes de la paupière supérieure, représentée, pl. II, troisième partie des *Klinische Darstellungen* de Ammon, qui considère ce vice de conformation comme le résultat d'un arrêt de développement. A l'appui de son opinion, l'auteur donne la figure et le grossissement à la loupe des yeux d'un fœtus de trois mois chez lequel la paupière supérieure fendue forme un triangle par sa réunion avec l'inférieure.

Annales d'oculistique, 3e supplément, p. 26, 1842.

OBSERVATION V

(Walter Dick. — London, *Méd. Gaz.*, 1839, p. 897.)

Le visage, d'une couleur rouge brunâtre, offrait une apparence fort extraordinaire. Les deux yeux étaient très écartés l'un de l'autre et proéminents. Le nez, au lieu d'être normalement conformé, se réduisait à deux petites ouvertures arrondies, correspondant aux narines, assez larges pour y permettre d'y introduire un tuyau de plume, et à travers lesquelles on voyait le corps de l'ethmoïde. Un espace d'un demi-pouce séparait les deux ouvertures ; de chacune d'elles partait une fissure ou sillon, large de trois à quatre lignes, qui se dirigeait obliquement, en haut et en dehors, à la rencontre de l'angle interne des yeux et se terminait à un demi-pouce environ au-dessus de l'arcade sourcilière. Les sillons étaient bordés par une membrane muqueuse, avec laquelle se continuait le bord interne des narines. Supérieurement, ils devenaient peu à peu superficiels, pour se perdre dans la peau environnante. Une étroite bandelette cutanée traversait obliquement la partie supérieure du sillon du côté droit. — Le côté droit de la paupière supérieure présentait une fissure, continuation du sillon correspondant de la joue, et la cicatrice d'une disposition analogue se voyait du côté gauche ; la ligne de suture était légèrement déprimée et irrégulière. Les os propres du nez et les cartilages nasaux étaient mal conformés. Les autres os de la face présentaient un développement normal, et les parties constituantes des os maxillaires supérieurs étaient solidement unies. Il y avait à la partie antérieure de la voûte palatine, une fissure qui ne perforait pas complètement les os. Les bords en étaient épais et légèrement usés.

OBSERVATION VI

(Cunier. — *Annales d'oculistique*, t. VII, p. 10, 1842.)

Un cas de colobome congénital a été observé. Le malade qui en était affecté avait nom Jucodus, âgé de 3 ans, fils du sieur Van Hoorn, patron d'un navire hollandais en charge dans le bassin de Bruxelles.

La fente, bornée dans toute son étendue par une rangée de cils irrégulièrement placés, partait de la partie moyenne de la paupière inférieure droite et tombait à angle droit sur le rebord orbitaire, où elle se terminait; elle formait un espèce de canal, figurant un V allongé, dont les branches longues de 8 millimètres, et renversées à leurs extrémités, offraient un écartement de 4 millimètres ; la conjonctive palpébrale tapissait toute l'étendue de ce canal; elle y était rouge, boursoufflée; dans la portion renversée, elle offrait le même aspect. Les larmes coulaient continuellement le long de la joue; cette incommodité augmentait surtout lorsque le petit malade marchait au vent; c'était là le seul désagrément, à part la difformité, qui résultait du vice de conformation. Les lèvres de la fente étaient facilement rapprochées dans les mouvements d'occlusion palpébrale. La paupière supérieure prolabait un peu, et la cornée étant plus recouverte que du côté gauche, il en résultait une espèce de strabisme en haut.

OBSERVATION VIII

Ryba. — *Prager Vierteljahrschr. f. die prakt-Heilk*, 1853, t. III, p. 30.

Ryba a observé une petite fille de deux jours, chez laquelle existait un colobome de la paupière inférieure droite et une tumeur dermoïde (examen histologique) fixée non sur l'œil,

mais sur la même paupière à 2 ou 3^{mm} au-dessous du point lacrymal. Le globe oculaire avait, d'après lui, subi une destruction suppurative intra-utérine.

OBSERVATION VII

Von Arlt. — *Krankheiten des Auges*, t. III, p. 376. 1845 et O. Becker. — *Wiener med. Wochensch* (N° 16-18), 1863.

Jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'un colobome à la paupière de l'œil gauche. Lipomes sous-conjonctivaux et cils épibulbaires sur les deux yeux. Languette intercalaire sans cils ni tarse. Rapports avec l'œil non signalés. Macules blanches de la cornée. Colobome opéré avec succès par Arlt.

OBSERVATION IX

De Groefe. — Un cas de Colobome des deux paupières, du nez et des lèvres. *Archiv. fur ophtalm. de Graefe*, 1858. Bd IV, 2, p. 269.

On m'amène un enfant de six mois, Charles F., qui a déjà été opéré d'un bec-de-lièvre. Il s'agissait d'une fente d'un tiers de pouce dont la moitié supérieure était fermée. Pas de fente du palais, mais développement sur toute sa longueur d'une voussure anormale. Le nez était dévié à droite ; l'os nasal gauche descendait moins bas que le droit. L'aile du nez, au lieu de se confondre avec la pointe, s'insérait sur un point situé plus haut, sur le dos du nez ; la base de l'aile gauche avait un colobome sur une hauteur d'un tiers de pouce.

Les deux paupières présentaient également une fente au niveau de l'angle interne de l'œil, de sorte que celui-ci n'était pas recouvert pendant l'occlusion des paupières ; les

deux colobomes étaient attirés de haut en bas par l'action des muscles. A la paupière inférieure, on voyait, à la partie externe de la fente, le point lacrymal, et avec une sonde d'Anel on pouvait pénétrer dans un conduit qui aboutissait dans le sac lacrymal et le canal nasal.

A la paupière supérieure, proéminence sans ouverture, à l'angle externe du colobome ; par contre, à l'angle interne se trouvait une petite ouverture, qui conduisait également dans le sac lacrymal. Les deux angles internes de chaque colobome se réunissaient au niveau de la commissure interne ; même en tirant sur la paupière avec les doigts, on n'arrivait pas à clore complètement la fente palpébrale. Enfin, au bord interne de la cornée se trouvait une tumeur dermoïde du volume d'une lentille et sans poils.

Les parents de l'enfant étaient sains, et, pendant la grossesse, il ne s'était rien produit d'anormal, sinon un chute de la mère sur la face, au septième mois.

OBSERVATION X

V. von Bruns. — *Handbuch der praktischen Chirurgie*, 1859, t. I, p. 262. Atlas, Tab. VI, *fig.* 32.

Fœtus, presque à terme, du sexe féminin. Le corps est d'ailleurs bien conformé extérieurement, sauf les déformations de la tête que nous allons décrire : La lèvre supérieure est divisée en trois parties par deux fentes qui commencent à l'endroit où se trouve ordinairement le bord des lèvres, mais elles ne montent pas, comme d'ordinaire, vers les narines ; elles se dirigent obliquement, en traversant la peau, tout à côté des ailes du nez, entre le nez et la joue, jusqu'à l'angle interne des yeux. De là, elles s'étendent, en passant entre les points lacrymaux, écartés l'un de l'autre, jusqu'à la fente palpébrale.

Ces deux fissures limitent une grosse partie médiane, qui

est constituée, pour la plus grande part, par le nez externe avec sa pointe bien conformée, par les ailes et les trous du nez, et au-dessous par un fragment rectangulaire de la lèvre supérieure qui s'y rattache d'une façon normale. Ce fragment est horizontalement très large, et verticalement un peu plus court que les deux autres parties de la lèvre supérieure. Il est rattaché par un petit ligament très développé à la ligne médiane de l'arcade alvéolaire qui se trouve située au-dessous et en arrière. L'arcade dentaire supérieure est divisée en trois parties par deux fentes latérales, larges de plus d'une ligne et qui se réunissent à la partie postérieure. La partie médiane, qui fait saillie d'une manière anormale et qui est constituée par les intermaxillaires, n'est réunie à la partie antérieure du vomer qu'en arrière et en haut, et c'est seulement par cette suture qu'elle adhère aux apophyses palatines des deux maxillaires supérieures, apophyses soudées par le milieu. Dans la cavité buccale, il n'y a rien d'anormal qu'une voussure exagérée des parties dures du palais et une langue extraordinairement épaisse. Mais, outre un développement incomplet de la voûte cranienne et du cerveau (Hydrencéphalocèle et Hémicranie), on trouve encore plusieurs déformations de l'appareil visuel. Et d'abord plusieurs échancrures et plusieurs fentes des paupières par lesquelles celles-ci apparaissent divisées en plusieurs morceaux irréguliers et attirés dans différentes directions. La partie interne de la paupière inférieure gauche est abaissée avec le point lacrymal inférieur d'environ un centimètre. Le globe oculaire semble aussi incomplètement développé, et il est surtout remarquable parce que du milieu de chaque cornée part un étroit filament membraneux, long d'un pouce et demi, qui se réunit à celui de l'autre côté pour former un cordon plus large qui semble déchiré violemment à une petite distance. Nous n'avons pu obtenir de détails plus précis sur la longueur de ce cordon, avant qu'il fût déchiré.

OBSERVATION XI

GUERSANT. — *Gazette des hôpitaux*, 1860, nº 28, p. 112.

Le malade que je présente est un enfant de quarante-deux jours, né avec un bec-de-lièvre double très compliqué. La division de la voûte palatine et du voile du palais est des plus complètes ; mais, en outre, la division qui intéresse la lèvre supérieure de chaque côté se prolonge en haut, et comprend la joue et la paupière inférieure, qui est séparée en deux, de manière à laisser l'œil à découvert. Quoique artificiellement nourri, cet enfant se développe bien et se trouve dans un état assez satisfaisant.

OBSERVATION XII

PELVET. — *Gazette médicale de Paris*, nº 28, p. 117, 1864.

Sarton (Emm.), âgé de vingt-deux ans, entre le 6 mars 1863 à l'hôpital Saint-Louis. On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents héréditaires; aucun membre de sa famille n'a été atteint de difformités. Sa mère raconte qu'étant enceinte de lui, elle fut vivement frappée de la vue d'un homme qui aurait présenté une large division de la joue. Elle dit également avoir fait une chute, mais à une époque assez avancée de la grossesse.

Quoi qu'il en soit, on eut beaucoup de peine à l'élever; il ne pouvait prendre le sein, et fut nourri au biberon. D'une santé toujours faible, il présenta plusieurs manifestations scrofuleuses dans le cours de son enfance. Aujourd'hui, sa taille et son développement sont loin d'être en rapport avec son âge, et son intelligence a subi, comme le reste, un arrêt d'évolution.

Depuis deux mois, il est affecté d'une carie du sternum, et probablement d'un abcès du médiastin.

Mais ce qui frappe surtout en lui, c'est la singulière difformité de son visage.

Sa bouche, d'une largeur anormale, mesure 8 centimètres, d'une commissure à l'autre, et cette ouverture est encore prolongée du côté gauche par un sillon qui décrit une courbe très prononcée à concavité supérieure et se porte ainsi jusque vers la tempe. Ce sillon n'est constitué que par une simple dépression de la peau, qui a conservé son aspect normal à ce niveau. Les lèvres ont perdu leur symétrie; l'inférieure est portée à gauche, tandis que la supérieure est relevée à droite. Au niveau de la commissure gauche, la muqueuse ne présente plus son aspect habituel, et devient comme cicatricielle. Du même côté, en renversant la lèvre supérieure, on voit un repli muqueux, une espèce de frein qui s'étend de la gencive à la joue, de la première grosse molaire à la partie profonde du sillon qui divise la joue.

Si l'on passe à l'examen des os sous-jacents, on trouve que les maxillaires ne se correspondent plus. L'inférieur est dévié à gauche : son bord inférieur est arrondi en courbe, de sorte que l'angle postérieur est à peine saillant. La tête du condyle ne se sent plus à sa place habituelle au-devant du tragus, et il est assez difficile de préciser sa position. Le maxillaire supérieur gauche présente une hypertrophie de son bord alvéolaire, sensible surtout à la partie postérieure, où il est doublé de volume. Presque toutes les dents qu'il supporte sont atteintes de carie et en partie détruites.

Si l'on suit avec le doigt le sillon qui divise la joue gauche, on sent, au niveau de la tempe, que l'arcade zygomatique elle-même est atteinte par la division, et que ce sillon la partage en deux parties : l'une antérieure, formée par la portion zygomatique du malaire; l'autre postérieure, appartient à la même portion du temporal, et toutes les deux inclinées en bas.

Du côté droit existe une difformité d'un autre genre. Une

fissure verticale s'étend de l'œil à la bouche, en contournant la narine. Cette fissure est superficielle ; elle est cependant nettement tranchée. Inférieurement, elle tombe sur la lèvre supérieure, au niveau de l'espace qui sépare l'incisive externe de l'interne. En ce point, la lèvre est relevée, grosse, et présente une échancrure sur son bord libre. Elle est reliée à la gencive par une bride muqueuse analogue à celle du côté gauche. Il résulte de ces dispositions que toute la portion de la lèvre qui est à droite de la fissure est projetée en avant et fait une saillie prononcée.

A son extrémité supérieure, ce sillon se prolonge jusqu'à la paupière inférieure, qu'il divise. Il se termine là par une surface rouge, inégale, comme cicatricielle, au milieu de laquelle on ne peut retrouver le point lacrymal. La paupière ne protégeant plus l'œil à ce niveau, la conjonctive est rouge et vascularisée.

A la paupière supérieure, deux échancrures en forme de V se remarquent : l'une près de la commissure externe, l'autre près de l'angle interne ; leurs bords sont totalement dépourvus de cils.

D'autres déformations existent encore de ce côté. La narine est ouverte largement, et tirée en haut par sa partie postérieure. Le nez est dévié à droite. Au-dessous de l'œil, la joue présente une notable dépression, comme un enfoncement du sinus maxillaire, de sorte qu'en saisissant cet os entre les doigts, l'un introduit dans la bouche, l'autre appuyant sur l'enfoncement, on s'aperçoit que le sinus a disparu et que ses parois se sont presque adossées. Il en résulte encore que l'œil droit est attiré en bas et se trouve sur une ligne inférieure à l'œil gauche.

La division n'est pas restée bornée à la face ; elle a porté son action plus profondément encore. En faisant ouvrir la bouche au malade, on voit la luette rejetée du côté droit et séparée par une large échancrure du pilier gauche, sur lequel un petit tubercule semble être le vestige d'une portion de luette laissée par la division. La voûte palatine est saine, et la division n'a porté que sur la portion molle.

OBSERVATION XIII

HORNER. — Colobome de la paupière : nombreuses tumeurs dermoïdes. *Klinisch. Monatsb*, t. II. p. 190, 1864.

B. Z. a 28 ans : il est de Turgovie et entre le 12 juillet à la clinique. — *Œil gauche*. Au bord inférieur et externe de la cornée, deux tumeurs sphériques d'un blanc rougeâtre ; la supérieure qui empiète sur la cornée, a un diamètre de quatre lignes, le point d'implantation est plus étroit que la surface, sa consistance est élastique et les poils y sont rares : l'inférieure est plus petite, elle est à cheval sur la cornée et la sclérotique, et a une coloration plus rougeâtre. Si l'on soulève la paupière supérieure, on voit apparaître entre le droit supérieur et le droit externe, une troisième tumeur. Celle-ci est lisse, jaune rougeâtre, molle, du volume d'un noyau d'amande et recouverte de beaucoup de poils. Son bord supérieur n'est pas nettement délimité ; son bord antérieur et inférieur est assez tranchaut, les bords latéraux se perdent sous la conjonctive, *œil droit*. — La paupière supérieure présente, dans sa moitié interne, un double colobome. Entre les deux fentes qui comprennent toute la hauteur du tarse se trouve un segment moyen rudimentaire, un lambeau de peau muni de longs cils blancs. Le bord externe du colobome est tranchant, le tarse divisé perpendiculairement, la peau et la conjonctive ne sont pas tuméfiées ; le bord interne de la double fente est plus bas et un peu plus tranchant. Dans le segment externe, qui est le plus grand, il y a un leucôme qui comprend le quart inférieur et interne de la cornée. Ce leucôme est consécutif à une kératite suppurée, datant de l'âge de deux ans, laquelle a abouti à la perforation et à la déformation du bord inférieur de la pupille et à la perte du cristallin. La cause de cette maladie était l'absence de protection du globe au niveau du colobome.

En soulevant la paupière, on voit, entre le droit supérieur et le droit externe, une tumeur d'un jaune rougeâtre, qui est semblable à celle du côté gauche, tout en étant trois fois plus volumineuse. La tumeur est dans un repli de la conjonctive qui se laisse facilement soulever; la surface convexe présente de nombreux poils. Ces quatre tumeurs ont donc les caractères du tissu conjonctif du type cutané.

OBSERVATION XIV

(Bidalot. — *Thèse de Strasbourg*, 1867. — Bec-de-lièvre avec fissure de la joue, s'étendant à la paupière inférieure.)

En premier lieu, nous trouvons une complication bien rare : c'est celle qui consiste en un prolongement de la fente labiale dans le sillon naso-labial, comme l'a observé Broca.

Dans le cas qui fait le sujet de notre Obs. I, l'enfant présentait une séparation analogue, mais cicatrisée dans les derniers temps de la vie fætale, une dépression entre les muscles élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre, et élévateur propre de la lèvre. La paupière inférieure, en dehors du point lacrymal, présentait une faible division congénitale.

OBSERVATION XV

(Manz. — Coloboine congénital de la paupière. — Cas de malformation de l'œil. — *Archiv. für ophtalm.* Bd xiv, 2, p. 145, 1868.)

A. S..., âgé de 18 ans, est robuste pour son âge et ne présente pas d'autre malformation que celle que nous allons décrire :

Il n'a que le tiers interne et le tiers externe de chaque sourcil. Le tiers moyen manque complètement.

La paupière supérieure est représentée de chaque côté par son tiers externe, les deux autres tiers font presque tout à fait défaut ; la portion restante mesure 10 mm de largeur à l'œil gauche et 12 mm à l'œil droit : de chaque côté, la hauteur est de 7 mm Cette portion est très bien conformée, elle est pourvue d'un tarse et de 15 cils qui sont implantés sur le bord ciliaire ; on voit encore sur le même bord l'orifice des glandes de meibomius. La possibilité qu'a le malade de relever assez haut cette paupière incomplète, prouve qu'il y a un muscle élévateur. Cette portion de paupière s'interrompt brusquement et se termine par un bourrelet auquel sont encore fixés quelques cils plus petits que les autres. L'angle que forme le bord libre de la paupière avec cette solution de continuité est arrondi ; la paupière existante est, du reste, un peu dure et épaissie.

A l'endroit où la paupière supérieure fait défaut, le globe oculaire n'est cependant pas à découvert ; il se détache de la peau du front un lambeau qui s'étend sur la plus grande partie de la surface où manque la paupière. Ce lambeau a, à sa base, 13 mm à l'œil gauche et 11 mm à l'œil droit ; il se rétrécit inférieurement et devient plus mince. Il adhère encore à l'œil par des brides qui s'insèrent jusque près du tiers inférieur de la cornée. Il se forme ainsi un pont cutané qui est recouvert d'une membrane donc l'aspect rappelle la conjonctive. Le point de réunion de la paupière existante avec ce lambeau est situé au voisinage du bord de l'orbite. Je n'ai pas pu passer avec une sonde sous le pont membraneux que je viens de décrire.

Le tiers supérieur de la cornée est tout à fait recouvert par cette membrane et pour ce qui est des deux tiers inférieurs, c'est dans les parties périphériques seulement que la cornée offre un aspect véritablement cornéen ; tout le reste est recouvert d'un épithélium épidermoïde traversé par quelques vaisseaux sanguins, en continuité avec l'épiderme de

la région sourcilière et qui est tout à fait irrégulier. En aucun point, la cornée ne présente une apparence normale.

Au point où l'épiderme sourcilier se raccorde avec la membrane que nous venons de décrire, on voit un arc de petits poils qui se continue jusqu'au-dessus du point lacrymal supérieur. Le bord cornéen est plus transparent à droite qu'à gauche. L'iris apparaît au travers avec une teinte bleuâtre. Il y a une différence dans la vascularisation de tout ce système dans le côté droit et dans le côté gauche; même avec un bon éclairage on ne peut pas apercevoir de pupille. Il y a un ectropion de la paupière inférieure et on a de la peine à trouver le point lacrymal inférieur; par contre, le point supérieur se présente manifestement à l'extrémité d'un bourgeon en massue recouvert de muqueuse. Il n'y a pas de doute à avoir sur l'existence d'une glande lacrymale, d'autant plus que le malade se souvient d'avoir pleuré souvent.

La mobilité du globe oculaire est un peu diminuée dans tous les sens ; le regard ne peut pas se porter en bas à cause de la tension de la membrane décrite plus haut. Dans la fermeture ordinaire des paupières, une partie de la cornée reste à découvert, ce qui n'a plus lieu lorsque le malade serre fortement ses paupières.

Le malade compte les doigts à trois pieds de l'œil droit et à deux pieds de l'œil gauche. Il voit vaguement la forme des arbres et des hommes à distance. Les verres n'améliorent pas la vision pas plus que l'emploi de la fente sténopéïque.

Nous admettrons donc qu'il y a eu un colobome de la paupière supérieure et une adhérence de la cornée avec la peau.

OBSERVATION XVI

De Wecker. — Beitrag zur congenitalen spaltbildung der Lider, *in Arch. f. Aug. und Ohrenh*, t. I, p. 126, 1869.

Le colobome que nous avons observé se rapporte à un homme de trente ans qui accompagnait un de ses amis à ma consultation, et qui ne trouvait pas qu'il vaille la peine de consulter un médecin pour une anomalie dont il s'était aperçu dès sa plus tendre enfance.

L'œil droit qui est seul atteint de colobome est emmétrope et a une vision normale. Il présente, sur le bord de la paupière supérieure, dans la portion interne, une fente de 3 à 4^{mm} de haut et qui est bordée, vers l'arcade orbitaire, par une peau très mince et luisante. Le bord palpébral est garni de cils jusqu'au niveau de la fente. En renversant la paupière supérieure, on s'aperçoit bien vite que le tarse est divisé en deux portions, dont l'une, l'interne, est constituée par un rudiment triangulaire sur lequel on sent nettement des glandes de Meibomius.

Sur le bord interne de la cornée, il y a une petite tumeur dermoïde un peu pyriforme et glabre. Cette protubérance cutanée et le tissu cornéen affectent la forme d'un croissant. Ils sont un peu opaques et on pourrait les prendre pour un arc sénil partiel. En fermant les paupières, le malade entoure la petite tumeur avec les lèvres du colobome.

OBSERVATION XVII

Secly. — A case of congenital fissure of the lids in *Transactions of the Americ. opht. soc.*, p. 144, 1871.

Deux cas de colobome : Le premier siégeait à la paupière inférieure (union du 1/4 interne avec les 3/4 externes) et à la paupière supérieure du même côté (encoche au niveau correspondant). Le 1/4 interne des paupières colobomateuses n'a ni glandes, ni cils : le 1/4 supérieur est adhérent. Il y a également un bec-de-lièvre du même côté.

Le deuxième cas de colobome avait son siège à la paupière supérieure et il était accompagné également d'un bec-de-lièvre.

OBSERVATION XVIII

Pfluger. — Un cas de colobome des paupières. *Klinisch Monatsbl. f. Aug.*, 1872, p. 250.

Depuis le cas de Wecker, nous comptons maintenant dix cas connus dans la science de colobome des paupières. Nous allons en décrire un onzième, qui est intéressant par le fait qu'il n'y a pas eu un commencement de malformation de la surface du globe oculaire. Notre cas se rapproche de celui de de Graefe. Il y avait un colobome de la paupière inférieure gauche avec une malformation de la paupière supérieure qui peut être aussi considérée comme un colobome incomplet.

Le malade est âgé d'un an : il a d'autres malformations congénitales, savoir : un bec-de-lièvre gauche, lequel a été opéré et se reconnait encore à une légère encoche ou sillon

de la lèvre. Il n'y a pas de fente du palais, mais sur toute la longueur de celui-ci et du côté correspondant au bec-de-lièvre, on remarque une voussure à convexité supérieure. La paupière inférieure gauche présente un colobome triangulaire situé près de l'angle interne : la base de ce triangle a une longueur de 1 millimètre. Sa hauteur est de 12 millimètres. Le point lacrymal était transporté à l'angle externe de la base du triangle, et, avec une sonde, il était facile de se rendre compte qu'il n'y avait qu'un cul-de-sac. La surface mise à nu représentait une conjonctive épaissie et rouge. Les cils, plus rares que normalement, paraissaient un peu déplacés en dehors.

A la paupière supérieure, il y avait aussi un déplacement des cils. La paupière ne paraissait être complète, c'est-à-dire constituée par un cartilage et des cils qu'à partir d'un point situé perpendiculairement au-dessus du milieu de la pupille quand l'enfant regardait droit devant lui. Ce point était aussi sur la même ligne verticale que le point lacrymal inférieur.

Dans l'espace compris entre ce point et l'angle interne de l'œil, il n'y avait qu'un lambeau cutané privé de cartilage. Ce lambeau avait une forme triangulaire comme le colobome de la paupière inférieure. En dedans de ce lambeau, il y avait encore un point où la paupière reprenait sa situation normale, et autour du point lacrymal qui occupait sa situation ordinaire, on voyait quelques cils. Le point lacrymal ne conduisait pas dans un canal, mais bien dans une gouttière lacrymale au bord de laquelle on tombait dans un sac lacrymal fermé en cul-de-sac.

La mobilité du globe oculaire était normale : la surface externe de celui-ci était normale aussi.

L'opération fut très simple : suture après affranchissement des bords sans débridement. Bon résultat.

OBSERVATION XIX

WILKINSON. — Congenital extension, etc., *in Transactions of the pathol. soc.*, p. 214, 1872.

Il y a une fissure congénitale dans la paupière supérieure des deux yeux, à la jonction des tiers interne et moyen; les cils de la portion interne sont dirigés en bas et en dehors avec une tendance à se diriger sur l'œil, qu'ils ne touchent pas toutefois dans aucune de ses positions.

Il y a un énorme ptérygion recouvrant presque entièrement les deux cornées.

OBSERVATION XX

STREATFIELD. — London, *ophtalmic reports*, t. VII, p. 151, 1873.

Un cas de colobome des deux paupières supérieures.

La malade était âgée d'environ trente ans : elle est venue à l'hôpital Moorfields pour une affection peu importante de la vision, et qui n'avait aucun rapport avec les parties externes, ni avec les paupières des deux yeux. A cette époque, elle n'avait aucune trace d'ophtalmie, elle n'avait ni n'avait jamais eu aucune inflammation des yeux, ni rougeur, ni irritation, ni suppuration des paupières, ni conjonctivite, ni affection de la cornée, etc., ce qui aurait très bien pu survenir, vu la situation à découvert du globe oculaire.

Il existait dans les paupières supérieures, de chaque côté, à la partie interne des paupières, de grosses fissures situées symétriquement à droite et à gauche. La fissure du côté droit était double, comme cela se produit dans certains cas de bec-de-lièvre. Les fissures s'étendaient à travers toute l'épaisseur de la paupière : la conjonctive bulbaire était à

découvert dans toute l'étendue de la fissure. Il n'y avait aucune apparence de blessures ni de cicatrices vers le bord des fissures, ni plus haut; leurs bords étaient souples et épais; on ne reconnaissait aucune trace d'affections oculaires. L'orbiculaire des paupières semblait encore doué de son action et lorsque les paupières étaient closes, les fissures devenaient moins étendues; de plus, il faut remarquer que les fissures n'étaient pas situées au devant de la cornée qui était protégée par la paupière restante, comme cela se produit normalement.

Je ne me rappelle pas de l'état des points lacrymaux supérieurs, mais leur condition paraissait peu importante tant que les points lacrymaux inférieurs étaient dans une situation normale. On ne voyait de cils que sur le bord libre des paupières dont la courbure était normale. Pour voir les trois fissures, on devait faire regarder la malade en bas. Elle n'avait point de bec-de-lièvre ni de gueule-de-loup, ni, je crois, aucune malformation congénitale. Elle s'inquiétait peu de son état qui n'était pas très difforme, et on ne lui avait jamais proposé ni fait d'opération cosmétique.

Je n'ai vu qu'un autre cas de colobome palpébral, et cela tout récemment dans la pratique d'un de mes collègues à Moorfields.

OBSERVATION XXI

STEFFAN. — *Elfter Jahresbericht der Augenheilanstalt*, p. 36, 1873, et *Nagel's Jahresb*, p. 462.

Femme de trente ans. Colobome de la paupière supérieure des deux côtés (colobome rapproché du grand angle). Dermoïde sur le bord cornéen interne correspondant à l'encoche.

OBSERVATION XXII

Gilette — Colobome des deux paupières supérieures, *Union médicale*, 1873 (n° 60).

Nous venons d'observer à la consultation de l'Hôtel-Dieu, chez un petit Italien, de six ans, un vice de conformation des deux paupières qui nous a paru très rare, car il ne se trouve même pas mentionné dans nos auteurs classiques. Je veux parler d'une fissure congénitale des deux paupières supérieures, comparable, jusqu'à un certain point, au bec-de-lièvre des lèvres.

On sait, en effet, qu'ordinairement, dans le vice tératologique auquel on donne le nom de colobome, la fente occupe exclusivement l'une des paupières, et peut-être le plus souvent l'inférieure ; de plus, la division atteint parfois non seulement le voile palpébral, mais l'iris, la choroïde et même la rétine. Dans l'exemple fort intéressant que nous avons eu un instant sous les yeux, la lésion était bornée aux deux paupières. Chacune de ces fissures siégeait au niveau de la partie interne de la paupière, qu'elle intéressait dans toute son épaisseur ; elle consistait en une encoche dont l'écartement, représentant à peu près 10 millimètres, était limité en dedans et en dehors par deux tubercules où se voyait distinctement la continuité de la muqueuse et de la peau ; sur le tubercule interne constituant le reste de la paupière à ce niveau, on ne voyait ni cil, ni point lacrymal supérieur à droite, mais à gauche l'existence à son niveau de deux petits poils pouvant le faire regarder comme représentant en grande partie la caroncule lacrymale.

OBSERVATION XXIII

TALKO. — Deux cas de colobome congénital des paupières. *Klinische Monatsblatt*, pages 202-206, 1875.

Premier cas. — DOUBLE FENTE CONGÉNITALE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE

Au mois de janvier 1874 entra, à l'hôpital israélite, le nommé Szloma Rubinstein, de Wodonva, âgé de vingt-huit ans. Il était entré pour une hernie dont on l'avait opéré et guéri, lorsque je remarquai la double fente de sa paupière supérieure. Le globe oculaire est normal, mais la paupière supérieure droite présente, dans sa moitié interne, deux fentes qui ont l'aspect de deux profondes encoches. Une de ces fentes se trouve juste au-dessus de la pupille, et l'autre est plus interne. L'espace qui sépare ces deux fentes est de 8 millimètres ; la fente interne est distante du point lacrymal supérieur de 5 millimètres. Dans les deux fentes, il n'y a pas de cils, mais il y en a qui sont dirigés obliquement et qui s'insèrent sur les deux angles inférieurs de chaque fente. Ces fentes comprenaient toute l'épaisseur de la paupière, y compris le cartilage, de sorte que, en renversant la paupière, celui-ci paraissait formé de trois portions réunies entre elles par la peau et la conjonctive ; le segment externe du cartilage tarse était le plus grand, et le segment moyen le plus petit. On pouvait distendre la paupière dans les parties privées de cartilage.

Cette anomalie, que l'on connaît en général sous le nom de blépharo-colobome, est d'autant plus intéressante qu'elle était accompagnée de la production d'une tumeur située sur la même paupière, ainsi que le témoigne la figure.

Cette tumeur était dure, élastique et adhérente à la peau ; elle était située entre le pli et le bord de la paupière.

La surface de ce néoplasme était recouverte de petits poils ; de plus, cette tumeur était reliée à la fente interne par un petit pli qui ressemblait à une suture.

C'était un kyste dermoïde qui n'occasionnait aucune souffrance au malade.

C'est un cas unique à ce point de vue, et très intéressant à un autre point de vue par l'existence d'une double fente.

OBSERVATION XXIV

TALKO.

Deuxième Cas. — COLOBOME DES DEUX PAUPIÈRES INFÉRIEURES.

J'ai eu l'occasion de voir un second cas, analogue au précédent, quoique plus compliqué, à l'institut ophtalmologique de Varsovie. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans, Joséphine Ch.; son œil gauche était normal, mais à l'œil droit on observait les anomalies suivantes :

1° L'angle interne de l'œil était élargi, parce que le cartilage de la paupière inférieure se terminait déjà au bord cornéen interne et inférieur en un point où se trouvait aussi le point lacrymal inférieur, lequel était déjeté en dehors. Du point lacrymal inférieur, jusqu'à l'angle interne s'étendait une fente cutanée dont la lèvre interne avait l'aspect du tissu conjonctif dans lequel on sentait du tissu cartilagineux.

2° Au-dessus de la fente, c'est-à-dire, au bord inférieur et interne de la cornée, dans le limbe conjonctival, il y avait une tumeur dermoïde, un peu mobile, de la grosseur d'une pupille moyenne, et au-dessus de cette tumeur, on en trouvait une seconde, plus petite d'un tiers et également située dans le limbe conjonctival.

3° L'atropine ne faisait pas dilater la pupille : cette dernière est située au bord supéro-interne de la cornée et ses

bords sont parallèles, comme on le voit dans le colobome de l'iris ou après l'iridectomie.

La malade n'avait jamais subi d'opération et n'avait été soumise à aucun traumatisme.

OBSERVATION XXV

Davidson. — London. *The medical Times and Gazette*, 1875, p. 169.

Une petite fille de six semaines me fut apportée à l'Hôpital avec les apparences suivantes : un large colobome de la paupière supérieure gauche, à l'union du tiers interne avec le tiers moyen et s'étendant sur le cul-de-sac de la conjonctive. La peau, faisant suite au bord supérieur libre du colobome, s'étendait sur la conjonctive bulbaire sur une étendue considérable en bas et en dehors, et allait se perdre sur le limbe cornéo-sclérotical. Sur la partie supérieure et externe de la cornée se trouvait une tache blanche, épaisse, formant sur cette surface une saillie considérable, et ressemblant exactement à la peau des paupières ; mais on n'y voyait aucun poil. Le nez de l'enfant était aplati, et de sa base à la lèvre s'étendait une large cicatrice, présentant sur ses bords trois excroissances semblables à des verrues. La lèvre supérieure et le palais étaient parfaitement normaux. La perte de substance dans la paupière supérieure était si considérable que, lorsque l'enfant était endormi, le globe de l'œil restait presque complètement à découvert, et cette exposition à l'air avait déjà occasionné un degré considérable d'irritation de l'œil.

Redoutant les conséquences inévitables de cet état, et prenant en considération, d'une part l'aspect affreux de cet enfant, d'autre part le désir de la mère que l'on remédiât à cette difformité, nous résolûmes de faire l'essai d'une opération. (Suivent les détails de l'opération qui eut un bon résultat.)

OBSERVATION XXVI

P. Kraske. — Zur Casuistik der retardirten intranterinen Verschmelzung von gesichtsspalten. *Langenbeck's Archiv.* XX, p. 396, 1877.

Emilie Dittmar est une jeune fille de treize ans, bien constituée, de taille moyenne et ayant l'air bien portante. La fente palpébrale droite à une direction oblique ; l'angle interne de l'œil est situé plus bas que l'angle externe. A la paupière inférieure, il y a une perte de substance en forme de coin dont la base répond au bord libre de la paupière, commençant à l'union du tiers externe et du tiers moyen et s'étendant jusqu'à la papille lacrymale, sur laquelle on reconnaît nettement le point lacrymal. Le bord externe de cette fente est deux fois plus épais que le bord interne. Le sommet du triangle, qui est arrondi, est dirigé un peu du côté interne : la hauteur de ce triangle n'est pas très grande, mais elle est suffisante pour empêcher l'occlusion complète des paupières ; il reste une fente étroite à travers laquelle on voit la sclérotique blanche. Les cils manquent sur toute l'étendue de la base du triangle. Il n'y a pas d'anomalie du globe oculaire, la conjonctive est normale, elle se replie comme d'ordinaire autour de la paupière sans adhérer au globe oculaire.

Le bord inférieur de l'orbite ne présente pas de fente ; le cours normal des larmes n'est point troublé, mais cependant lorsque le malade est exposé au vent, l'œil droit pleure davantage que le gauche.

Du sommet du triangle part une ligne cicatricielle blanche dirigée perpendiculairement en bas, qui aboutit à l'aile droite du nez et qui correspond à une petite encoche de la lèvre supérieure. Cette ligne cicatricielle ressemble à un bourrelet sur la moitié supérieure ; dans sa moitié inférieure, elle apparaît comme une simple ligne ténue et visible seulement par un examen attentif.

Elle n'est pas adhérente à l'os. On sent sur le maxillaire supérieur, au-dessous de cette cicatrice, en haut, une arête, et en bas une gouttière. L'encoche de la lèvre ne comprend que la partie rosée de la lèvre. La portion de la lèvre supérieure, située en dehors de cette fente, est épaissie; l'aile droite du nez paraît un peu aplatie ; l'orifice de la narine droite est moins haut et plus large que celui de gauche. La portion située en dedans de l'encoche présente un frein anormal plus petit que le frein médian ordinaire. Au point où la muqueuse de la lèvre se continue avec la muqueuse alvéolaire du maxillaire supérieur et près de ce frein se trouve un petit orifice d'où s'écoule, par la pression, un liquide jaunâtre et filant : cet orifice conduit dans un canal étroit, dans lequel on peut introduire une sonde fine de 3 centimètres 1/2 de longueur, dirigée perpendiculairement en haut. Le liquide, qui s'écoule de cette fistule, est composé de cellules de pus et de cellules epithéliales plates. La sécrétion est variable. Le bord alvéolaire du maxillaire supérieur n'a pas sa courbure régulière : au-dessus de la canine droite, il y a un enfoncement ; le maxillaire supérieur droit paraît-un peu dévié en dedans de la bouche. La prolongation de la courbe du limbe alvéolaire se réunit à la partie inférieure de l'os intermaxillaire. Le palais droit est plus mince que le gauche. Sur l'os intermaxillaire, en outre des quatre incisives normales, dont la plus externe décrit un angle de 45° avec sa surface labiale dirigée en dehors, on trouve une dent supplémentaire dirigée en avant.

OBSERVATION XXVII

Corradi. — *Lo sperimentale*, 1879, p. 371, tome XLIII

Un cas de colobome congénital des paupières et de bec-de-lièvre observé à la clinique chirurgicale de Florence.

Palmiro Cosimini di Lari est entré, cette année, à la cli-

nique chirurgicale de Florence. C'est un garçon de huit ans, intelligent, fort et bien nourri, lequel présentait un bec-de-lièvre de la lèvre supérieure droite et un colobome de la paupière supérieure du même côté. Le lambeau droit de la fente de la lèvre était peu considérable et un peu plus extensible que le gauche, qui, lui, au contraire, était un peu rétracté.

Par suite du vice de conformation de la paupière, le globe oculaire était déjà atrophié et irrémédiablement perdu. Le bord ciliaire de la paupière supérieure droite était formé de deux parties : l'une, externe, longue de 13^{mm} ; l'autre, interne, formant le grand angle de l'œil, longue de 5^{mm}. L'une et l'autre étaient garnies de cils. Entre ces deux portions du bord ciliaire, il y avait un vide de 7^{mm} sous forme d'un arc à concavité inférieure, dont le bord était garni de peau, et qui était, en bas, recouvert de muqueuse, tandis que, en haut, la peau se repliait dans la fissure palpébrale et s'enfoncait dans la voûte orbitaire. Du bord interne de la fissure palpébrale partait une bride qui s'implantait sur la conjonctive oculaire, laquelle, hypertrophiée et œdématiée, formait une sorte d'induration qui s'étendait jusqu'au grand angle de l'œil et aussi un peu du côté de l'angle externe.

Le professeur Corradi opéra le bec-de-lièvre d'après le procédé de Mirault ; et il répara le défaut de la paupière par une blépharoraphie, à laquelle il ajouta une incision horizontale jusqu'à l'angle externe, afin de relâcher la paupière. Cosimini pourra par suite de cette opération cacher sa difformité avec un œil artificiel.

OBSERVATION XXVIII

Sleich. *Mittheil. aus der Opht. Klin. in Tubingen.* p. 114, 1880.
Colobome congénital des paupières supérieures.

Nous avons observé, à la clinique du Dr Nagel, une anomalie assez rare. Il s'agit d'un cocher, F. G..., âgé de vingt-sept ans, qui n'a pas d'antécédents tératologiques héréditaires. Sa mère met cette affection sur le compte d'une chute qu'elle aurait faite peu de temps avant son accouchement. Il a toujours bien vu de l'œil droit ; l'œil gauche, au contraire, a toujours été mauvais. Etat actuel : O. D. $V = {}^{4}/_{5}$. O. g. — $V = {}^{5}/_{60}$. Pas d'amétropie. Champ visuel libre. Avec l'œil droit, il confond de loin le vert clair avec le blanc.

Le contour de la paupière supérieure gauche est interrompu par une solution de continuité longue de 8^{mm}, et correspondant à l'union du tiers moyen et du tiers interne. La paupière supérieure se trouve ainsi divisée en deux parties, dont l'interne, ayant trois quarts de centimètre de long avec un rebord palpébral normal ; la partie externe est également normale. Le bord supérieur de la solution de continuité n'a aucun des caractères de la paupière normale, pas de cils et, sur les bords, la peau arrive à se confondre insensiblement avec la muqueuse. Chacune des parties de la paupière contient un des fragments du cartilage tarse ; il n'y en a pas de vestiges au niveau de la division. La muqueuse du plus petit fragment présente quelques irrégularités semblables à des papilles ; deux petits replis muqueux se prolongent sur le globe jusqu'au niveau du rebord cornéo-sclérotical ; voies lacrymales et points lacrymaux normaux. Sur la partie supérieure de la cornée, masse conjonctivale semblable à un ptérygion ; il part un petit repli qui s'étend en arrière jusqu'au niveau de la commissure palpébrale, et se perd dans la

conjonctive du globe. Mouvements de l'œil normaux ; pas d'autre anomalie de la cornée ; milieux de l'œil transparents : iris normal, rien dans le fond de l'œil, sauf un léger trouble péripapillaire. Au-dessus de la solution de continuité, et immédiatement au voisinage du rebord orbitaire, on voit une élévation arrondie du volume d'une lentille, couverte de poils bruns ; elle semble formée par une simple hypertrophie de la peau. Les sourcils sont normaux dans leurs tiers interne ; et au niveau de l'élevure en question, on voit, sur une étendue de trois quarts de centimètre, des poils plus rares et moins foncés. A gauche du front, ligne longue de un centimètre et demi, sur laquelle se développent des cheveux de même caractère que les autres ; cette ligne se prolonge obliquement jusqu'au milieu de l'arcade sourcilière ; même chose à droite, avec un épaississement de la peau analogue à celui de gauche. Sur la paupière supérieure droite, à dix millimètres du point lacrymal, petite entaille de la profondeur de 1^{mm}, au niveau de laquelle manque le tissu.

L'épaississement de la conjonctive scléro-cornéenne existe comme à droite, mais il est moins prononcé. On ne trouve d'anomalie nulle part ailleurs.

OBSERVATION XXIX

Nuel. — Un cas de colobome de la paupière supérieure et des sourcils. — *Archives d'ophtalmologie*, juillet-août 1881, p. 437.

François X..., âgé de vingt ans (l'observation date de 1878), né d'une famille saine, et dans laquelle on ne signale aucune malformation congénitale, est un jeune homme fort bien portant. Le crâne est normalement développé, sauf un point signalé plus bas. Front moyen, toujours lisse, comme c'est le cas chez des individus nés aveugles ou devenus aveugles dans leur jeunesse. Le malade marche toujours avec le front penché comme quelqu'un cherchant sur le sol. Il distingue

difficilement les ombres des gros objets qui passent devant ses yeux. Perception lumineuse et projection bonne dans toute l'étendue de la rétine. Racine du nez large, nez épais dans son ensemble, à dos aplati. Le bout du nez, épais également, porte sur la ligne médiane une échancrure manifeste. Bouche large ; lèvres épaisses ; dents bien développées ; palais et voile du palais normaux. Le reste du corps également normal.

Pour ce qui est de l'œil et des paupières, je puis reproduire en partie la description de Manz.

Les deux tiers internes des deux paupières supérieures proprement dites manquent tout à fait. Le tiers externe large (de chaque côté) de 12 millimètres environ, et d'une hauteur de 7 millimètres, offre la structure d'une paupière normale ; il y a un tarse résistant ; son bord palpébral est fortement fourni de cils, et on y voit les ouvertures des glandes de Meibomius. Ce fragment de paupière cesse en dedans par un bord faisant un angle un peu obtus avec le bord libre de la paupière. Sur ce bord interne, la conjonctive palpébrale, s'infléchissant un peu en dehors, s'y continue dans la peau de la paupière. Vers le bord supérieur adhérant du fragment palpébral, la conjonctive et la peau palpébrale se continuent en un lambeau de peau qui est fortement adhérent aux parties sous-jacentes, et qui, dans toute l'étendue du colobome, descend jusqu'au devant de la bulbe oculaire.

A l'angle interne de la fente palpébrale, on trouve comme un second rudiment des paupières supérieures. C'est, en réalité, une papille lacrymale ayant pris un développement exagéré ; à chaque essai d'occlusion de la paupière, elle est poussée vers le bas et en dehors, au-devant du globe de l'œil. On remarque toutefois quelques cils au côté externe de la papille lacrymale. Mais il n'y a certainement pas de cartilage dans ce fragment de paupière.

L'eau injectée dans les canalicules lacrymaux passe dans le nez : preuve que les voies lacrymales sont perméables. A un certain point de vue, on peut donc parler d'une fente

dans chaque paupière supérieure, un fragment palpébral interne et un externe étant séparés par une lacune notable. Du reste, la description est la même pour les deux yeux. Au niveau du colobome palpébral, là où le globe est à nu, un lambeau de peau, un peu plus étroit que la lacune palpébrale, descend de haut en bas, uni intimément aux parties sous-jacentes; il recouvre l'œil dans sa moitié supérieure, et toute la cornée, à l'exception d'un petit croissant inférieur, à concavité supérieure. Le lambeau de peau recouvre donc la pupille et la plus grande partie de la cornée. A travers la partie cornéenne restée libre, on voit l'iris, mais pas bien nettement, à cause de la présence, dans la cornée, d'une masse de petits vaisseaux qui de son bord inférieur se rendent dans le lambeau de peau.

Le lambeau de peau intercalé dans le colobome est dans toute son étendue adhérent aux parties sous-jacentes. (Il avait les bords minés dans le cas de Manz.) Vers le haut, là où il passe dans la peau du front, il a tout à fait l'aspect de la peau fine qui recouvre le restant de la paupière. Vers le bas, il acquiert une structure plus délicate, et, sans avoir des bords minés, il proémine au-devant de la conjonctive bulbaire dans laquelle il se continue à droite et à gauche. Son épaisseur est surtout marquée au niveau de la cornée; plusieurs sillons horizontaux de la surface lui donnent, en cet endroit, l'aspect d'un chou-fleur. La surface est rouge et humectée dans ces sillons, ayant quelque analogie extérieure avec une muqueuse; sur des îlots plus ou moins proéminents, elle est sèche et ressemble plus à celle de la peau. Aux endroits où le lambeau passe (en bas et latéralement) dans la cornée, sa structure est plus délicate, il est rougeâtre : il est mou au-devant de la cornée, mais, nous l'avons déjà dit, adhère aux tissus sous-jacents.

Il n'y a pas de poils visibles dans le lambeau de la cornée, pas même si on fait usage d'une loupe.

La courbure cornéenne paraît normale, autant que le croissant transparent permet d'en juger.

J'ai remarqué que la paupière et les deux fragments de paupière supérieure se meuvent avec une force extraordinaire. Lors des essais d'occlusion de la fente palpébrale, la paupière inférieure, grâce à une puissante action du muscle orbiculaire, arrive à recouvrir la petite portion inférieure, transparente de la cornée. En même temps le fragment externe de la paupière supérieure s'avance en dedans surtout, un peu en bas, et s'applique contre l'œil, en recouvrant encore le bord latéral rosé du lambeau de peau. Quelque chose d'analogue se passe en dedans, où la papille lacrymale s'avance en dehors. Les plus grands efforts d'occlusion ne parviennent pas à recouvrir la partie moyenne, sèche du lambeau de peau.

Le releveur de la paupière supérieure paraît faire défaut; ceci est en opposition avec le cas de Manz.

Les mouvements oculaires sont très réduits, surtout en haut. Il y a du nystagmus, avec oscillations horizontales.

La conjonctive, continuellement plus ou moins à nu, est dans un état de congestion chronique.

Les poils font complètement défaut au milieu des sourcils, dans une plus grande étendue que celle du colobome palpébral, surtout du côté latéral. Deux épais pinceaux de poils sont les vestiges de chaque sourcil ; l'un de ces pinceaux est en dedans contre la racine du nez, là où serait l'extrémité interne d'un sourcil normal ; l'autre se trouve à l'extrémité externe du sourcil. Entre les deux pinceaux, il y a donc en quelque sorte un colobome sourcilier, au même titre qu'il y a là un colobome palpébral. Au niveau de cette lacune, dans les sourcils, le bord orbitaire osseux est anormalement arrondi, ou plutôt aplati, légèrement déprimé. Le muscle sourcilier paraît y faire défaut; au moins lors du froncement de la peau du front, la peau du colobome sourcilier reste au repos, alors que les deux pinceaux de poils descendent fortement en bas (colobome du muscle ?).

Pas de trace de rétraction cicatricielle au niveau du colobome sourcilier.

OBSERVATION XXX

LANNELONGUE. — *Société de chirurgie*. Paris, 1881, p. 483. — Bec-de-lièvre rare chez un monstre exencéphalien. A gauche le bec-de-lièvre est latéral et étendu jusqu'à la paupière inférieure ; à droite, il est commissural. Coloboma vertical des quatre paupières.

Marie Belleville est une petite fille venue au monde le 2 mai 1881, à 7 heures du matin, rue Mouffetard, 152. Elle est née d'un père et d'une mère bien portants, âgés l'un et l'autre de 22 ans. L'accouchement s'est fait sans difficulté. Bien que venu à terme l'enfant est extrêmement grêle. La figure est petite et il n'y a pas de voûte du crâne. A la place de cette voûte cranienne, on observe deux masses placées, l'une à droite, l'autre à gauche, séparées l'une de l'autre par une gouttière profonde ; de ces deux masses, l'une, celle qui est à droite, est la plus volumineuse et ressemble assez bien à un hémisphère cérébral par sa forme et sa direction ; mais l'autre, celle de gauche, est plus petite, elle a le volume d'une mandarine et paraît pleine de sérosité. Il semblerait même qu'elle soit indépendante de la précédente à laquelle elle ne serait unie que par une membrane fibreuse. Les deux masses sont recouvertes par une membrane analogue à la dure-mère ; cette membrane continue en avant avec la peau du front à la racine du nez, plus en dehors avec les paupières supérieures qui n'existent qu'en partie, plus en dehors encore et en arrière avec la peau au-dessus de l'oreille, enfin tout à fait en arrière au niveau de l'occipital, suivant une ligne transversale qui va d'une oreille à l'autre. D'ailleurs la peau de la région occipitale s'insinue entre les deux masses précédentes pour se continuer avec la peau du front par l'intermédiaire d'une languette fibro-cutanée d'un centimètre de largeur, recouverte par quelques cheveux....

En même temps que cette malformation du crâne, la face présente un vice de conformation singulier.

D'abord il existe un coloboma vertical des quatres paupières, et chose étrange, un lame fibreuse, une sorte de ligament continu en haut avec la membrane fibreuse qui recouvre l'encéphale, s'insinue dans l'écartement de ce coloboma, se fixe à l'œil, à la cornée et à la conjonctive, et descendant dans l'écartement des deux parties de la paupière inférieure, vient se continuer avec la joue placée à la base de l'écartement des paupières.

Le même état se présente des deux côtés. Il résulte du coloboma des paupières, que celles-ci se présentent sous la forme de quatre lambeaux relevés sous forme d'oreilles en avant de l'œil, qui est incomplètement développé et recouvert par ces ligaments dont je parlais tout à l'heure, ligaments, qui lui adhérent.

En outre, il existe un vice de conformation des lèvres et de la bouche à gauche : bec-de-lièvre placé comme de coutume en dehors de l'aile du nez, se prolongeant jusqu'au niveau de la division verticale de la paupière inférieure, avec laquelle il se continue largement ; en un mot, la division verticale de la lèvre part de la partie latérale gauche, remonte à un demi-centimètre en arrière de l'aile du nez, et atteint directement ces deux moitiés de la division de la paupière inférieure. L'écartement est de 3 à 4 millimètres. Cette division de la lèvre correspond à un écartement notable entre l'os intermaxillaire et le maxillaire supérieur gauche en bas, et plus haut, soit que la branche montante du maxillaire fasse défaut, soit qu'elle se trouve en arrière pour se continuer avec l'os malaire, il existe en tout cas, à ce niveau, un écartement des os qui fait que la fosse nasale est visible par la joue, et que cette fosse nasale se continue avec l'orbite. En un mot, les cavités orbitaire, nasale, buccale sont couvertes à l'extérieur par cette grande fente.

J'ajoute enfin que la division se prolonge en arrière dans la bouche, jusqu'à la partie postérieure du maxillaire, qu'elle comprend la voûte palatine et le voile du palais, qu'il y a gueule-de-loup. A droite, la division des parties molles

d'abord se présente d'une autre manière ; la commissure buccale droite se prolonge sur la joue à la manière d'une fente, qui bientôt se dirige en haut. et atteint la paupière inférieure à son angle externe, pour se confondre avec le coloboma de cette paupière dont j'ai parlé.

Comme de l'autre côté, il y a toujours un ligament descendant de l'encéphale pour venir s'implanter tout à fait dans le fond de la séparation des parties molles, à la fois sur le bord du maxillaire supérieur et en bas sur la partie correspondante de l'apophyse coronoïde. Ce ligament adhère aussi à l'œil. Il semblerait qu'il ait joué un rôle dans cette séparation, mais c'est là une simple hypothèse.

Pas de vice de conformation des membres ni du tronc.

L'enfant a vécu quatre jours et demi.

OBSERVATION XXXI

Horner. — *Handbuch der Kinderkrankheiten.* — Traité des maladies des enfants, par Gerhard, p. 228, 1882.

Horner constate que le colobome de la paupière est excessivement rare. Aux quinze cas qu'il a trouvés dans la bibliographie, il en ajoute un second de sa propre clientèle, mais sans donner de détails.

Dans les deux cas que j'ai observés, dit-il, la portion de cornée correspondant au colobome était malade. Chez l'adulte, il y avait un leucôme et chez l'enfant de trois jours un ulcère. Dans ces deux cas, la paupière supérieure droite était le siège du colobome, au milieu duquel il n'y avait qu'un tout petit fragment de peau libre.

OBSERVATION XXXII

Van Duyse. — *Annales d'oculistique*, t. LXXXVIII, p. 101, 1882. — Bride dermoïde oculo-palpébrale et colobome partiel de la paupière.

Le sujet est une jeune fille actuellement âgée de 20 ans. Le développement de la face s'est fait d'une façon asymétrique. C'est la moitié gauche qui, à première vue, paraît la moins développée. La bosse frontale est manifestement moins proéminente de ce côté; l'os de la pommette est moins saillant qu'à droite. Les rebords osseux des orbites ont une conformation normale.

Voilà pour les saillies osseuses principales. Une exploration attentive de la moitié gauche de la face ne fait pas découvrir de sillons ou cicatrices du tégument externe avec dépression du tissu osseux sous-jacent. Toutefois, la région palpébro-malaire gauche est manifestement déprimée.

La racine du nez est large : une distance de 4 à 5 centimètres sépare les deux points lacrymaux inférieurs. L'aile du nez est nettement dessinée, normale du côté droit. L'orifice de la narine représente de ce côté une ouverture elliptique dilatée de 10^{mm} en son milieu, tandis qu'à gauche c'est une fente beaucoup moins large (6^{mm}), mais plus longue que la droite. Du côté le moins développé, l'aile nasale n'a pas la forme arquée habituelle. Son bord libre est une ligne droite qui, de la pointe du nez, se dirige de bas en haut et d'avant en arrière vers le sillon naso-labial, à peine indiqué. Au point où il se confond avec ce sillon, le bord libre de l'aile est distant de deux centimètres du point lacrymal inférieur gauche, tandis qu'à droite la distance qui sépare le point correspondant de l'aile nasale du point lacrymal inférieur est de trois centimètres. D'une manière générale, l'aile gauche du nez, comparée à celle du côté opposé, est rudimentaire.

La bouche est large. Le coin de gauche se relève légère-

ment, mais les lèvres ne présentent pas de fissure. La voussure du palais n'est nullement asymétrique et la denture est régulière.

La configuration des deux sourcils n'est pas la même. Normal à droite, le sourcil gauche suit l'arcade orbitaire dans ses deux tiers internes, mais la portion externe fait défaut.

A l'union du tiers externe avec les deux tiers internes, quelques-uns des poils du sourcil sont implantés plus haut, de sorte que le sourcil, trop court, se relève en aile d'oiseau à son extrémité.

Les limites du cuir chevelu (cheveux châtains) semblent normales. Il faut néanmoins signaler une disposition qui n'est pas commune à un grand nombre de sujets, à savoir le développement de cheveux courts et blonds occupant la région temporo-frontale, entre la queue du sourcil et la limite normale de la chevelure. Cette particularité s'observe mieux du côté gauche; elle ne fait pas défaut du côté droit, qui se montre normal à tous égards.

Œil droit: Cornée et iris normaux. Dilatation pupillaire: 4 1/2^{mm} à un éclairage modéré. Milieux clairs; fond oculaire normal; myopie: Monoyer, 0,9 à 5^{mm} avec — 5 D. Snellen, 0,5 à 20 centimètres.

Œil gauche: Opacités cornéennes légères ; courbures et circonférence cornéennes normales. Iris sans anomalies; diamètre pupillaire = 5 1/2^{mm}. Snellen, 1 à peine à 8 centimètres. Myopie — D. approximativement (examen objectif). Staphylôme choroïdien, macula et peripherie du fond oculaire sans lésions.

L'œil gauche et les parties immédiatement voisines sont situés plus bas que l'œil congénère. Ainsi, le centre pupillaire gauche est situé très approximativement à 6^{mm} au-dessous de la ligne horizontale passant par le milieu de la pupille droite. Tandis qu'à droite le bord palpébral inférieur confine au bord de la cornée ou le recouvre de 1^{mm}, la paupière inférieure gauche, moins développée en hauteur, reste

distante de 3^{mm} du limbe scléro-cornéen; c'est la disposition de cette paupière qui mérite principalement notre attention : on peut dire qu'indépendamment de la bride cutanée oculo-palpébrale, qui semble à première vue en être une émanation et qui est l'objet de nos recherches, cette paupière inférieure est peu développée dans son ensemble.

Dans ses deux tiers externes, sauf une très légère éversion, sa configuration est naturelle, car on y distingue les cils et les ouvertures des glandes de Meibomius, un cartilage tarse, une conjonctive non adhérente et un cul-de-sac normal, mais l'aspect se modifie à mesure qu'on se rapproche du grand angle. A partir de l'union du tiers interne avec le tiers moyen de la paupière, c'est-à-dire dans toute la portion située en dedans de la bride oculo-palpébrale, on n'aperçoit ni cils, ni ouvertures glandulaires, comme cela existe au même niveau de l'autre côté.

Bride oculo-palpébrale. — L'extrémité bulbaire ou supérieure s'insère, suivant une base circulaire, sur la sclérotique, en empiétant d'un tiers environ sur la cornée à la façon des dermoïdes épibulbaires. L'insertion a lieu exactement en dehors du méridien vertical de la cornée. Libre à sa partie postérieure, la bride cutanée se dirige de ce point de dehors en dedans et de haut en bas, pour s'implanter au-devant de la paupière inférieure, à l'union du quart interne avec les trois quarts externes. Elle se confond ici, suivant une base ovalaire, à grand axe, dirigée transversalement avec la peau de la paupière.

La bride a une consistance ferme, son aspect est en tout semblable à celui de la peau, et elle porte à sa partie antérieure des poils délicats visibles à la loupe. Sa largeur moyenne est de 4^{mm}; sa longueur, entre les deux points extrêmes des insertions opposées, est de 11^{mm}. On peut attribuer à cette bandelette trois faces non adhérentes, soit au bulbe, soit à la paupière rudimentaire sous-jacente : une face postérieure libre, derrière laquelle une sonde se déplace depuis la soudure inférieure jusque contre la supérieure;

une face interne et une face externe qui se confondent en avant. Ces deux dernières rejoignent en arrière, suivant un angle arrondi, la face postérieure plus ou moins aplatie, légèrement convexe en arrière, de sorte que l'on se représente une coupe transversale de la bandelette comme un trigone. Le bord externe de la bandelette décrit une convexité en dehors, son bord interne une concavité en dedans. La face postérieure de la bride repose, par sa moitié inférieure, dans un triangle creusé aux dépens de la face antérieure de la paupière, et qui n'est devenu aisément visible qu'au moment de l'opération.

C'est une perte de substance en forme de V, la pointe tournée en bas, dont la base a 6 millimètres de largeur, et dont le sommet est distant de cette base, c'est-à-dire du bord palpébral, de 5 millimètres. Ce V ne correspond donc pas à un colobome proprement dit, à une fente ou fissure intéressant toute l'épaisseur des tissus palpébraux. Il est comblé par une membrane muqueuse épaisse, semblable à celle qui revêt la face postérieure de la bride. Sur les bords du V, la peau de la paupière se confond avec la muqueuse qui en garnit le fond, suivant un bourrelet ou léger relief dépourvu de cils. Sur le bord palpébral aminci, qui limite la base du V, il n'existe ni cils, ni ouvertures de glandes méïbomiennes. Cette remarque s'applique aussi à toute la partie de la paupière située entre le V en question et le grand angle. Il serait extrêmement difficile d'affirmer s'il existe un cartilage dans le colobome que j'ai désigné sous le nom de partiel. Quant au cul-de-sac inférieur gauche, il est moins profond que le droit. La raison en est surtout dans la diminution en hauteur de la paupière; cependant, au niveau de la pointe du V, le cul-de-sac est relativement moins profond. Si on attire la paupière inférieure en bas, on observe que, vers la pointe en question, le cul-de-sac est moins profond que sur les parties latérales, c'est-à-dire que la muqueuse de la paupière inférieure, descendant moins bas au niveau du colobome, se jette plutôt sur la sclérotique, de sorte que, sur les deux

côtés, le cul-de-sac a de 1 mill. 1/2 à 2 millimètres de profondeur de plus. La paupière supérieure gauche n'est anormale qu'au niveau du grand angle. On n'a point vu ici de commissure interne arrondie encadrant la caroncule. En approchant du cauthus, l'extrémité interne de la paupière descend, suivant une courbe à concavité en dehors, au dedans d'une caroncule rudimentaire, et se confond, à 4 millimètres au-dessous de la terminaison interne du bord palpébral inférieur, avec la peau qui avoisine le grand angle. C'est donc un épicauthus monolatéral d'un certain degré. Le point lacrymal supérieur se trouve à la pointe d'une éminence papillaire peu accusée, normalement située et en contact avec le globe oculaire. Quant au point inférieur, il est situé au-devant de la paupière, à 1 millimètre en dehors et un peu au-dessus du point où la paupière supérieure vient aboutir, soit à 3 mill. 1/2 au-dessous du bord palpébral inférieur. C'est une simple ouverture en forme de fente, par laquelle une injection pénètre, aussi bien que par le point supérieur, dans l'arrière-gorge ou le nez, preuve de la parfaite perméabilité des voies lacrymales. L'élimination des larmes n'est point parfaite à gauche. La raison est facile à saisir. La fente palpébrale gauche a une direction plus inclinée en dedans que la droite. Longueur de la fente palpébrale d'un angle à l'autre : à gauche, 27 millimètres; à droite, 28 millimètres. Hauteur de l'intervalle des paupières d'un même côté, ou distance séparant les points milieux des bords palpébraux : à droite, 9 millimètres; à gauche, 12 millimètres (après l'opération).

Le rapprochement des deux paupières gauches se fait, dans l'occlusion non forcée, sans ascension de la paupière inférieure, dont la peau se fronce à peine, tandis que la supérieure exécute un mouvement de descente absolument normal, et vient se placer au-devant de la partie supérieure de la bride. La partie interne de la fente reste béante, et ne s'efface que lors d'une contraction forcée de l'orbiculaire.

OBSERVATION XXXIII

Osio. — Colobome congénital des deux paupières supérieures. El Siglo medico, mai 1883. Analysé dans *Hirschberg-Centralblalt für praktische Augenheilkunde*, bd VII, p. 370.

On amena à la clinique du Dr Osio un enfant âgé de quatre mois, présentant un colobome congénital des deux paupières supérieures. Dans l'œil droit, il y avait un symblépharon et un abcès de la cornée. Dans l'œil gauche, il y avait une atrophie du globe oculaire, survenue à la suite d'une inflammation qui s'était déclarée quelques jours après la naissance. Osio sectionna le symplépharon et fit, dans la paupière supérieure, une suture avec trois points séparés, dont les deux inférieurs se détachèrent, tandis que le supérieur seul resta en place, ce qui favorisa d'une façon extrordinaire la protection de la cornée et la conservation de l'œil. A cause du symblépharon, Osio considère le colobome plutôt comme une inflammation pendant la période d'évolution des paupières que comme un arrêt de développement.

OBSERVATION XXXIV

Pfluger. — *Correspondanz-Blatt*, 1883, p. 39.

Pfluger présente à la Société médico-pharmaceutique de Berne, une petite fille âgée de quatorze jours, atteinte d'un colobome congénital de la paupière supérieure droite avec un dermoïde scléro-cornéen du même œil.

Du côte du nez, il existe une portion rudimentaire de la paupière supérieure avec le point lacrymal. Du côté temporal, sur une étendue de 14mm, l'œil est complètement dépourvu de téguments. A la place de la paupière se trouve

intercalé un lambeau dermique qui s'étend jusqu'au bord de la cornée. Plus en dehors encore, il y a de nouveau un lambeau de paupière avec cils, tarse et conjonctive, mais il est déplacé verticalement. Sur le bord ciliaire, on trouve quelques cils très fins semblables à ceux de l'œil sain. Au-dessus du bord du colobome, de bas en haut, il existe un sillon limité en haut par une ligne presque horizontale.

Sur ce point, la peau est plus solidement adhérente à l'œil, ce qui est surtout apparent lorsque l'enfant pleure, car alors le sillon présente une profondeur de plusieurs millimètres. Les cheveux descendent sur la moitié du front sous un angle aigu jusqu'au rebord de l'orbite. Les plus inférieurs, qui sont foncés, descendent jusqu'à la cornée. Le tout donne l'impression que la peau du front et celle du cuir chevelu a été tiraillée en bas par une traction pathologique. Les os du crâne présentent aussi quelques anomalies. Les deux fontanelles sont très petites ; les deux os frontaux ne sont pas reliés par une suture sagittale régulière, mais les bords de cette suture divergent en avant suivant une ligne irrégulière. La ligne de démarcation de l'os frontal droit est tranchante et très sensible au toucher. L'espace triangulaire qui existe entre ses deux rebords est remplacé dans la profondeur par une masse osseuse appartenant probablement à la table interne de l'os. Le nez est fendu comme chez certaines races de chiens et formés de deux conduits juxtaposés, mais ne communiquant pas entre eux. Le nez droit est atrophié en comparaison du gauche. On ne voit aucune autre fente ou traces de fentes dans le reste de la face.

OBSERVATION XXXV

BURCHARDT. — *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, mars 1884, p. 83-84, analysé par Van Duyse (de Gand).

BURCHARDT a observé chez un homme de quarante-deux ans, deux tumeurs épibulbaires congénitales ayant beaucoup d'anomalies avec le dermoïde lipomateux de HIRSCHBERG et BIRNBACHER. Toutefois, après ablation, l'analyse histologique n'a pas été faite. Il existait une première tumeur en dehors et en bas par rapport au bord cornéen externe (1 centimètre sur 3^{mm}); deux poils visibles à sa surface. Au-dessus de cette tumeur en existait une autre, séparée de la précédente par un faible intervalle, beaucoup moins fixe et moins considérable. Ce qui est digne de mention, c'est comme dans le cas relaté par BECKER, l'existence d'un colobome, peu accentué, du reste, de la paupière supérieure et éloigné de 1 centimètre du point lacrymal. *Annales d'ocul.*, 1885, p. 42, t. XCIII.

OBSERVATION XXXVI

S. SNELL. — *Transactions of the ophtalm. Soc. of the united Kingdom*, t. IV, chap. XIII. 1885.

SNELL a observé un cas de colobome de la paupière supérieure chez une jeune femme de vingt-six ans. La fente siège à la paupière supérieure gauche, à l'union de son tiers interne avec le tiers moyen, sur une étendue de plus d'un tiers de la profondeur de la paupière avec un raphé supérieur allant jusqu'au bord de l'orbite. Du côté externe, opacités de la cornée. Sous la conjonctive du côté externe, amas de graisse (lipome?). Pas d'autres difformités.

OBSERVATION XXXVII

MORIAN (V). — *Archiv. fur Klinische chirurgie de Langenbeck, 1887.*
Fente faciale oblique double, guérie pendant la vie intra-utérine

M. R.., âgée de dix-sept ans, ne peut indiquer de maladies antérieures ; elle a ses règles depuis neuf mois. En février dernier, elle fut opérée, dans la clinique ophtalmologique du professeur SCHOELER, d'un strabisme divergent de l'œil gauche et, aux deux paupières inférieures d'une déformation congénitale.

En outre, cette jeune fille, d'une grandeur moyenne et d'une bonne corpulence, présente des traces encore visibles de fente oblique de la face, que l'on peut regarder comme complètement guéries. La tête ne présente pas d'anomalie ; l'intelligence est suffisante.

Les deux fentes palpébrales convergent en bas. Les deux bords des paupières présentent une légère échancrure à environ 1 millimètre en dehors du point lacrymal. L'angle interne de la paupière gauche n'a pas de commissure normale ; à sa place, on trouve une échancrure ovale de la dimension d'une lentille, dans laquelle descend la conjonctive, de sorte que les points lacrymaux sont distants d'environ 5 millimètres l'un de l'autre. De l'angle inférieur de cette échancrure descend sur la joue gauche une cicatrice d'une longueur d'environ 1 centimètre.

Dans le *canthus internus* (commissure), un petit bourrelet de peau, de la grosseur d'un grain de chanvre, fait saillie dans la fente palpébrale. A gauche, l'angle interne n'est pas non plus fermé, il présente une ouverture d'environ 2 millimètres. De cette angle part un sillon de la largeur d'une paille, aplati et à peine marqué dans la partie supérieure. Il descend dans la face entre le nez et la joue, contourne l'aile du nez et entre dans la bouche, en passant par la lèvre supé-

rieure, à l'endroit où se trouve le bec-de-lièvre. La lèvre supérieure est raccourcie, et tout n'est pas en ordre dans les parties molles, car lorsque la jeune fille remue la lèvre, le sillon devient plus apparent : à la muqueuse de la lèvre supérieure, on trouve deux freins, à droite et à gauche du frein normal. Sur le côte gauche, dans l'arc alvéolaire, on trouve une fente droite entre l'incisive et la canine ; cette dernière est déjetée. Au reste, la dentition est normale et il n'y a rien à remarquer au maxillaire supérieur, si ce n'est que le bord alvéolaire forme un arc pointu ainsi que la voûte palatine. La malade a des traces de strangulations amniotiques aux doigts et aux orteils. Le deuxième et le troisième doigts de la main gauche sont amputés spontanément à la deuxième phalange, le quatrième et le cinquième à la première ; de même, le quatrième doigt de la main droite a perdu son extrémité.

Malgré cela, la jeune fille est modiste. Au pied droit, il manque le gros orteil et, dans les trois suivants, on observe sur les phalangettes un commencement d'amputation spontanée.

OBSERVATION XXVIII

MORIAN (VI), *ibid.*

A. K. de Sp., âgé de neuf ans. Conformation de la tête normale. Intelligence ordinaire. On remarque des anomalies congénitales à l'angle externe gauche des yeux et de la bouche, ainsi que des appendices auriculaires aux deux oreilles. L'angle buccal est déjeté en dehors d'environ 1 centimètre, il ne présente pas sa forme ordinaire, ni la couleur rosée qui lui est propre. La commissure externe gauche des paupières a un écartement d'environ 2^{mm}. Une petite languette de peau nacrée et brillante va de cette commissure au limbe de la cornée

et s'y termine par une cicatrice brillante. Aussi, au mois de juillet de l'année dernière, à la clinique ophtalmologique de Scholer, on enleva à cet endroit un dermoïde, couvert de poils et de la grosseur d'un pois, qui, à la naissance, avait le volume d'une grosse tête d'épingle. Un sillon peu profond s'étend, en formant une légère courbe, de l'angle externe de l'œil jusqu'à la joue : celle-ci est d'ailleurs d'une conformation normale de même que les os. Je n'hésite pas à dire que les fentes de l'œil et de la bouche ont entr'elles des relations étroites et à les regarder comme une fissure oblique de la face de 3me ordre, mais incomplète. En tout cas, elles ont été plus grandes, mais elles se sont cicatrisées en grande partie pendant la vie intra-utérine. On peut regarder la petite languette de peau qui se trouve dans la fente pulpébrale comme un reste d'adhérence amniotique, qui aura probablement donné naissance à la fissure oblique de la face, ainsi qu'au dermoïde que nous avons signalé.

OBSERVATION XXXIX

Morian (VII). *ibid.*

L'élève K. S., qui appartient à une famille dans laquelle, d'après son affirmation, il ne s'est jamais rencontré jusqu'alors d'anomalies congétinales, est né avec des défectuosités à la lèvre supérieure et à la paupière supérieure droite, ainsi qu'avec une petite tumeur du volume d'une grosse tête d'épingle sur l'œil gauche. Le colobome de la lèvre fut opéré sans résultat une première fois un an après sa naissance et une seconde fois en juillet dernier. Il fréquente actuellement, à cause de ses yeux, la policlinique de l'Université de Berlin.

Il est d'une taille au-dessus de la moyenne et de forte constitution : la circonférence fronto-occipitale est de 53 centimètres 1/2 ; ses cheveux sont implantés d'une façon très

inégales. A la paupière supérieure droite, sur un repli de la peau, on trouve deux petites tumeurs cutanées aplaties. Immédiatement au-dessous de la plus externe de celle-ci, le bord de la paupière supérieure, présente à sa partie médiane une fente cônique, d'environ 3^{mm} de long sur 2^{mm} de large à sa base. Le tarse est fendu au-dessous de la cicatrice, que l'on voit encore plus étendue à la partie interne, à environ 3^{mm} de celle-ci. Le bord de la paupière supérieure, ne présente pas de cils et est irrégulier sur un espace de 8^{mm} environ et on y trouve en même temps une petite échancrure de plus d'un millimètre. A la partie interne, on rencontre un petit lambeau de paupière normale, pourvu de cils avec point lacrymal supérieur dévié en dedans.

Lorsque le sujet ferme les paupières, la sclérotique reste à découvert sous les portions défectueuses de la paupière : un larmoiement insignifiant résulte de cette difformité. En outre, l'œil droit est atteint d'amblyopie et d'astigmatisme de naissance V = de $^1/_{24}$ à $^1/_{18}$. L'œil gauche a une vision de $^6/_{18}$ à $^6/_{12}$. Sur le segment infra-externe de la cornée, on trouve un dermoïde blanchâtre, de la grosseur d'un pois, et recouvert de poils. Le bout du nez est élargi : l'aile droite est plus aplatie et plus basse que l'aile gauche, et elle porte aussi une petite tumeur cutanée. Le philtrum de la lèvre supérieure est large et profond ; de chaque côté, il se continue par un sillon profond jusque dans le nez : à la partie inférieure, il se termine par une petite échancrure en forme de coin dans le bord rouge de la lèvre. A l'entrée de la bouche, la lèvre supérieure est retenue au voisinage de la ligne médiane par deux petits freins de tissu muqueux adhérents aux bords du maxillaire. Ces filets se terminent vers la partie inférieure en deux petites pointes qui sont de la grosseur d'une fève et qui font saillie sur les gencives ; ils forment entre eux, à la place du frein normal, une poche étroite, mais profonde. Ils gênent les mouvements de la lèvre supérieure, de telle sorte que le malade zézaie et ne peut parler correctement. Les incisives médianes sont plus écartées que

d'ordinaire, et leur bord tranchant est divisé trop en arrière, de telle sorte que les dents supérieures et inférieures ne se correspondent pas exactement.

Cet état de la paupière supérieure droite du nez et de la lèvre supérieure nous engage à admettre qu'il pourrait s'agir ici des traces d'une fente oblique de la face de la première forme, guérie pendant la vie intra-utérine.

OBSERVATION XL

Schiess-Gemuseus. — *Klinische Monatsblatt für Augenheilkunde,* Von Zehender XXV Jahrgang Januar, Stuttgard, 1887. - Colobome congénital des deux paupières avec colobome de l'iris.

D'après la déclaration du père, on n'avait jamais rencontré dans la famille d'anomalie congénitale. L'enfant est bien venu à terme, mais avec une apparence de faiblesse : il a plutôt perdu dans ces derniers temps.

Etat actuel. — Enfant pâle, très maigre, à l'apparence sénile ; il ouvre fort peu les deux yeux, l'œil gauche moins que le droit. Il est atteint d'un colobome des deux paupières supérieures allant du point lacrymal supérieur jusqu'au milieu de la paupière. L'enfant ne peut par conséquent fermer complètement les paupières. Le colobome empêche des deux côtés la formation d'un bord régulier, pourvu de cils et nettement déterminé.

Œil droit. — Dacryocystite légère, forte irritation catarrhale. Quand on écarte les paupières, la cornée, légèrement ovale et oblique, devient visible, elle a sa transparence et son éclat normal. Au bord interne, on trouve, dépassant sensiblement celui-ci, une petite tumeur du volume d'une lentille, d'un blanc rougeâtre avec une vascularisation superficielle et peu abondante. La conjonctive se continue sans interruption, au-dessus de cette tumeur dont la moitié s'étend sur la sclé-

rotique. Au bord supérieur de la cornée, on rencontre une tache de la grosseur d'une tête d'épingle, mais plus aplatie. On observe en haut et en dedans un colobome de l'iris assez large, s'étendant jusqu'au bord de la cornée. La tache blanche dont nous venons de parler se confond en dehors avec la sclérotique. Le dermoïde, plus gros, est recouvert de vaisseaux très fins. Entre la petite tache et la tumeur, la cornée est légèrement opacifiée à la partie externe. La tension de l'œil est normale. Lorsqu'on essaie de fermer les paupières, l'action de l'orbiculaire est manifeste sur toute la partie supérieure de la paupière, même à la place du colobome.

Œil gauche. — Irritation catarrhale assez forte. Lorsqu'on ouvre les paupières, on voit également, couvrant à moitié la cornée et à moitié la sclérotique, une tumeur du volume d'une lentille, complètement arrondie, d'un blanc rougeâtre, vers laquelle s'étendent d'assez nombreux vaisseaux partant de la caroncule. La cornée présente une opacification un peu diffuse. A son bord supérieur, on voit également une tache légèrement rougeâtre, d'environ deux millimètres de diamètre. Cette tache est entourée à sa périphérie d'une bande étroite de cornée.

Ces différentes tumeurs ont une surface épidermoïde et sèche. A gauche, il existe aussi une dacryocystite purulente.

L'enfant a un nez déformé et incomplet ; ce nez forme, à la partie inférieure et supérieure, avec le vomer, fortement proéminent, une espèce de trompe. Les ailes du nez ont des fissures très nettes, allant obliquement de bas en dedans ou de haut en dehors. Dans la lèvre supérieure, on rencontre de doubles fissures labiales. Les portions latérales de la lèvre inférieure s'avancent vers le milieu de la bouche sous forme de petits bourrelets. Le palais est profondément divisé, de sorte que la nutrition de l'enfant est très difficile.

Du côté gauche, la chambre antérieure paraît très peu profonde. Le tissu irien semble distendu en haut et il forme un léger colobome de l'iris très nettement délimité. La chambre antérieure du côté droit est normale. On voit du

bord inférieur de la pupille trois fils très fins s'étendre dans le champ pupillaire. Au bord externe et supérieur du colobome, on trouve une travée irienne, très petite, saillante et parallèle au colobome.

Au bord inférieur et externe de la pupille, on remarque également un gros fil saillant. Le cristallin est complètement transparent ainsi que le corps vitré. Il est très difficile d'examiner le fond de l'œil, à cause de la sécrétion abondante indiquée ci-dessus, de l'occlusion des paupières et des mouvements violents de l'enfant. Cependant, on peut constater que l'œil est myope ; en outre, il y a un fort astigmatisme de la cornée, surtout dans les parties voisines du dermoïde. La papille est ronde, les vaisseaux ne sont pas altérés : les artères sont un peu distendues et les veines à peine gonflées. On ne trouve pas de colobome de la choroïde.

Du côté gauche, on ne peut rien distinguer du fond de l'œil, à cause de la déviation de la pupille en haut et de l'opacité de la cornée.

Tandis que les bords normaux des paupières, avoisinant le colobome, sont couverts de cils, ceux-ci font totalement défaut dans le colobome. La peau se continue directement dans la muqueuse qui tapisse la surface interne des paupières ; on ne remarque pas de point lacrymal supérieur. Le poids total de l'enfant est de 2 kilog. 800 grammes.

Nous avons ainsi, pour nous résumer, outre le colobome des paupières qui embrasse environ la moitié de la largeur de celles-ci, des deux côtés, un grand et un petit dermoïdes ; de plus, des deux côtés, un colobome de l'iris, dirigé en haut. A droite, il n'y a certainement pas de colobome de la choroïde ; à gauche, il doit faire également défaut, car il n'est pas probable qu'à côté du petit colobome de l'iris, il y ait un colobome de la choroïde, puisqu'il manque à droite. Enfin, à gauche, il y a des opacités de la cornée avec une chambre antérieure très aplatie, et, à droite, des restes de la membrane pupillaire.

Au palais, au nez et aux lèvres, il y a des fissures considérables.

OBSERVATION XLI

Gand, clinique du Dr Fieuzal. — *Bulletin de la clinique des Quinze-Vingts*, t. V, n° avril-juin 1887. — Un cas de colobome de la paupière supérieure gauche avec dermoïdes multiples.

P. (Eugénie), vingt-deux ans, vient consulter, le 22 février 1886.

Histoire. — Depuis la naissance, de petites tumeurs, d'apparence dermoïde, se seraient montrées en différents endroits de la conjonctive et des paupières, sans qu'aucune d'elles ne se soit accrue, ni se soit diminuée de volume. De plus, la malade raconte qu'au moment de la naissance, elle avait, à la région temporale, diverses excroissances figurant une main dont on voit encore les traces; elle ajoute que le colobome de la paupière supérieure droite ne serait qu'une encoche laissée par le pouce? Il y a trois ans, la malade consulte un oculiste, qui lui fait subir plusieurs opérations sur lesquelles elle ne peut donner de détails.

Etat actuel. — Les dermoïdes sont multiples. Les uns siègent au niveau du bord scléro-cornéen empiétant autant sur la cornée que sur la conjonctive; deux sont symétriquement placés à la partie inféro-interne des cornées, ils ont environ 8 millimètres de diamètre; un autre, plus petit, se voit avec la même disposition à la partie supéro-externe de la cornée gauche. Si l'on cherche à renverser la paupière supérieure droite, on fait saillir un kyste conjonctival de la grosseur d'une amande, et peu adhérent aux parties profondes. Dans l'angle interne des paupières, on trouve encore deux tumeurs symétriques, la droite plus volumineuse et de la grosseur d'un petit pois. Deux autres tumeurs aplaties, peu volumineuses, siègent à la commissure palpébrale externe droite et dans la région temporale voisine.

Le colobome de la paupière supérieure s'étend à toute sa hauteur, le cartilage tarse est complètement divisé, on recon-

naît sur les bords de la section naturelle quelques cils remontant jusqu'à la partie supérieure de la fente, et attestant l'origine congénitale de la lésion ; on reconnaît aussi les traces d'un avivement, pratiqué autrefois sans succès, dans le but de refaire la paupière. La malade a toujours été très myope ; elle lit 1/3 avec —12 à gauche ; à droite, elle ne compte les doigts qu'à 1 m. 50, sans amélioration. Il y a de la sclérochoroïdite postérieure. Pour lire, la malade ne se sert que de O G.

Antécédents. — Rien à noter : le père, la mère et une sœur (unique) ne présentent aucun vice de conformation.

La malade n'a jamais eu mal aux yeux.

Le 3 mars, le Dr Fieuzal pratique l'extirpation de la tumeur de la paupière supérieure gauche. Les dermoïdes sclérocornéens sont enlevés avec le bistouri et suivis d'une cautérisation au galvano-cautère.

OBSERVATION XLII

Panas. — Clinique sur les vices de conformation de l'iris et de la paupière avec présentation de malades. *Bulletin médical*, 17 juillet 1887, n° 40.

Un cas de colobome de la paupière supérieure droite. C'est un enfant qui présente à la paupière supérieure de l'œil droit une fissure triangulaire à base inférieure intéressant toute l'épaisseur de la paupière et laissant à nu le globe oculaire : c'est un cas de colobome on de schizoblepharie. La mère de l'enfant déclare qu'il est né ainsi.

Panas n'a jamais vu le colobome de la paupière inférieure seule. Cette disposition n'a été signalée que par Polaillon. M. le professeur Panas divise ces cas en trois formes :

1° Le cas de fissure sans bride ;

2° Le cas de fissure avec bride ;

3° Le cas de fissure sans bride cutanée, mais avec produc-

tion dermoïde sur la cornée. Le cas de Panas appartient à cette troisième classe.

Il y a, au centre de la cornée, une tache leucomateuse analogue à celle que l'on produit par la cautérisation au nitrate d'argent. Cette tache n'est pas un albugo inflammatoire, elle n'est pas lisse à sa surface, mais est formée par un tissu scléreux.

Cet enfant n'a pas cette seule malformation. En effet, il présente une bouche énorme, et en examinant attentivement sa lèvre supérieure, on remarque qu'elle n'est point régulièrement constituée, mais qu'il existe du côté du colobome un petit liseré qui la relève plus que du côté opposé. On dirait qu'il y a une cicatrice qui relie la lèvre à la narine. L'aspect de cet enfant rappelle ceux qui sont atteints de bec-de-lièvre guéri par la suture. Les ailes du nez sont aplaties. Les narines sont élargies surtout du côté droit. L'os intermaxillaire fait saillie en avant, avec ses quatre incisives. Le voile du palais est très relevé, il a une forme ogivale très accentuée. Enfin, la face de cet enfant offre une expression singulière due à l'aplatissement de la région, par suite de l'élargissement du nez et de l'absence d'encoche physiologique séparant le front du nez, qui semblent se continuer lorsqu'on regarde l'enfant de profil.

OBSERVATION XLIII

Despagnet. — *Recueil d'ophtalmologie*, novembre 1887, page 671. Observation recueillie par M. Kœnig. — Coloboma congénital de la paupière supérieure gauche.

Ernest Ch... est amené par sa mère à la consultation de la rue Dauphine, le 2 novembre 1887. Il présente l'absence congénitale d'une portion de la paupière supérieure gauche. L'arrêt de développement se trouve à cheval sur la moitié interne de la paupière. L'échancrure est très régulière et en

forme de V à sommet tronqué à l'état de repos ; mais dès que l'enfant se met à pleurer, les efforts qu'il fait élargissent la paupière, et l'extrémité interne du coloboma se luxe et fait saillie sous forme de bourrelet.

Les bords du coloboma sont un peu anguleux. La peau de la paupière se continue normalement avec la muqueuse, mais semble s'étendre plus loin qu'à l'état normal. Le bord du coloboma dans la partie tronquée du sommet présente deux cils. On n'en trouve nulle autre part sur toute l'étendue des bords du coloboma, mais ils sont en nombre ordinaire sur le reste du bord palpébral. Le coloboma présente 9 millimètres de largeur et 3 de hauteur.

La conjonctive bulbaire ne présente aucune bride la réunissant au coloboma. La cornée est régulière et transparente, sans saillie d'aúcune sorte. L'iris réagit assez bien à la lumière.

Il n'y a aucune autre anomalie, soit dans l'œil, soit dans le reste du corps, ni bec-de-lièvre, ni division de la voûte du palais.

L'enfant est venu à sept mois et demi. La mère est bien portante. Réglée à quinze ans : menstruation régulière. Elle a eu un autre enfant venu à terme, sans anomalie des paupières, et mort à seize mois. Une hernie double inguinale s'était produite à l'âge de treize mois.

Père bien portant. Pas de consanguinité entre les parents. Pas d'anomalie chez les ascendants. Pas d'antécédents syphilitiques.

Aux détails ci-dessus publiés par M. Kœnig, M. Despagnet ajoute : « Dans le cas que nous avons observé, le coloboma était monoculaire et supérieur. Il n'y avait ni bec-de-lièvre, ni division de la voûte palatine. Le V, dont le sommet est tronqué, occupait la moitié interne de la paupière supérieure, se rapprochait par conséquent du grand angle. Nous n'avons retrouvé à son sommet aucune trace de la membrane nictitante. Les deux bords étaient bien libres, et séparés du sommet à la base. La seule remarque que nous ayons faite, c'est

que sur les bords, la peau semblait se continuer, en dessous de la paupière, plus loin qu'à l'état normal, et paraissait, sur une étendue de deux millimètres environ, occuper la place de la conjonctive. Les bords du coloboma étaient plus fins, plus aplatis que les bords normaux. Il n'y avait aucune anomalie de saillie, aucune transparence sur le globe oculaire. Aucune trace de dermoïde. Lorsque l'enfant fermait la paupière on apercevait nettement la pupille à travers la fissure palpébrale.»

OBSERVATION XLIV

Un cas de colobome congénital des deux paupières supérieures. — Observation personnelle. (Clinique de M. le docteur Dor. — Août 1887.)

L'enfant T..., âgée de 5 ans, présente aux deux paupières supérieures un colobome symétrique, comprenant un tiers environ de la longueur de chaque paupière. Si l'on suppose la paupière supérieure divisée en 6 parties égales, le colobome comprendrait sur les deux yeux les deuxième et troisième sixièmes, à partir de l'angle interne, de telle sorte que nous aurons un premier sixième de paupière normale, comprenant le point lacrymal supérieur normalement formé, puis $^2/_6$ de colobome et les $^3/_6$ du côté temporal de paupière normale. Les bords internes et externes des colobomes sont perpendiculaires et comme tranchés avec des ciseaux ; le bord supérieur un peu irrégulier est situé à environ 3 millimètres de la ligne normale qui devrait terminer la paupière. Le colobome comprend ainsi toute la région des cils avec leurs bulbes, la peau, le cartilage, la conjonctive, et même quelques-unes des fibres inférieures du muscle orbiculaire.

La position des yeux est normale, ainsi que la vision, autant du moins qu'on peut l'apprécier sur un enfant de cinq ans. La cornée est un peu trop petite, un peu irrégulière et opacifiée sur les parties inférieure et supérieure du limbe.

Les mouvements des paupières sont normaux, et lorsque les yeux sont fermés, on aperçoit les deux cornées dans la fente du colobome ; les mouvements des globes oculaires sont également normaux, sauf dans la vision en bas où l'excursion est limitée. En soulevant la paupière, on constate que cet arrêt du mouvement est dû à un symblepharon, existant sur les deux yeux, entre le bord supérieur de la cornée, le cul-de-sac conjonctival et la face interne de la paupière.

Le 26 août 1886, M. le professeur Dor pratiqua sur les deux yeux l'ablation du symblepharon et la transplantation, sur la partie dénudée de la sclérotique, d'une portion de conjonctive normale, attirée des deux côtés de la perte de substance résultant de l'opération. Il ne lui fut pas possible de faire la même opération sur la conjonctive palpébrale, de telle sorte qu'il se reforma entre la paupière et le cul-de-sac conjonctival un symblepharon filiforme, que M. Dor opéra au mois d'août 1887 par la méthode de la ligature, au moyen d'un cordonnet de soie écrue, préparé spécialement à Zurich dans un but chirurgical, et qui avait été rendu antiseptique par un bain de sublimé au $^1/_{1000}$.

Quant au colobome lui-même, la perte de substance était trop considérable (et, en outre, il n'existait aucun lambeau de peau médian comme, par exemple, dans le cas décrit par Horner) pour qu'on pût penser à une simple suture après avivement. M. Dor eut donc recours au procédé suivant : Après avoir préalablement avivé les bords de la plaie, il fit d'un coup de ciseau, du côté du nez aussi bien que du côté de la tempe, et dans toute l'épaisseur de la paupière, une section parallèle au bord libre et à 3 millimètres de ce bord, puis il joignit d'abord par deux points de suture les deux faces opposées et perpendiculaires de l'ancien colobome; il unit par 6 points de suture la plaie horizontale qui séparait en deux moitiés la paupière supérieure.

Le résultat fut absolument parfait sur l'œil droit, comme on peut le voir sur la figure II de l'héliogravure ci-contre. Sur l'œil gauche, par contre, un des points médians de la

suture ayant déchiré les tissus, il reste une petite cicatrice en forme de V, à peine visible et trop peu importante pour admettre une opération correctrice.

Je mentionnerai en terminant que l'enfant ne présente pas d'autres anomalies que celles décrites ci-dessus. Il n'y a ni dermoïde de la conjonctive et de la cornée, ni colobome de l'iris et de la choroïde, ni bec-de-lièvre, ni fissure de la voûte palatine. Quant au colobome, il est congénital sans aucun doute, mais quant au symblepharon, il est impossible de se prononcer, les parents n'ayant fait aucune attention, car l'on peut supposer que le fait de l'absence de protection de la cornée et du globe de l'œil a pu produire, par une inflammation légère, lente et insidieuse, et l'opacité du limbe cornéen, et la conjonctivite qui, à la longue, aurait amené la formation du symblepharon.

Enfin, quant à la cause première du colobome, je n'hésite pas à y voir un arrêt de développement en rapport avec la fente oblique de la face, tel qu'il a été démontré par Morian pour des cas plus graves, car la parfaite symétrie de la défectuosité palpébrale ne peut guère s'expliquer, comme l'admet Van Duyse, par la présence de bandelettes amniotiques. Il ne s'ensuit pas que pour cela je veuille nier cette étiologie pour d'autres cas.

Comme l'on verra plus loin que nous rattachons l'origine du colobome à une persistance partielle de la fente oblique de la face, nous publions ci-dessous quelques observations de cette anomalie congénitale accompagnées de lésions palpébrales.

OBSERVATION XLV

Ernest Kulmus. — *Partus monstrosi historia*, 1732, Lipsiœ.

Dexteriores palpebræ ab positu naturali viisque lacrymalibus alienœ, et versus nasum declives, valdèque deformes visœ, partibus insuper longitudinis monstrosœ tribus coaluerunt; sed oculi bulbum magnitudine naturali hand adeo minorem concluserunt: nihilominus cornea, transparente uteroquin in sanis tunica illé destituebatur oculus; qui ceteroquin sub hiatu palpebrarum exigno illico vivendum se dedit. Neque vero minus turpiter sinisteriores palpebræ ducebantur, sed ferme ex toto cum inferiori superior cohœsit; ac sub earundem incisione quidem apertarum tegmine oculi exquirebatur orbita, dexteriori angustior, et, copiosam inter pinguedinem, deliscentem oculum, triplo naturali minorem, nihilominus cornea transparente nitidaque, pro magnitudine oculi instructum condens atque tenens. Tantum paullo superius et ad sinum inter ossa superiora papyracea ille reponebatur oculus monstrosus et musculis de cetero destituebatur. Uterque vero oculus suos humores, pro magnitudinis ratione tunicasque internas et iridem conclusit; tantum retinia nervusque opticus disparuerunt. Indè, in facie externa, tam dextrarum quam sinistrarum palpebrarum declivium que anguli interni, cum sulco utrinque conspirarunt, qui loco nasi sedis fere consueto ab oculis ad superioris labii fissuram amplissimam descenderunt : quam non ita multo post proponemus. Inter hos sulcos dexter magis conspicuus et amplior præ sinistro erat, tractumque in integumentis faciei veluti secta hœc essent, uterque monstrabat; ut ita ad orbita angulum internum difformis via pateret. Sigillatim ille sulcus, qui ab sinistris deferebatur, hic fere in medio tractu émi-

nentem quandam, nec cartilaginis dissimilem substantiæ, ac quintuplo circiter naturali minorem aurem externam, sed inversam et inde eminentem exemplo notabili exhibebat. Erant in ea omnes cavitates et sinus insculpti, eminentesque partes reliquæ spectaculo jucundo discernebantur, quales sunt helix et anthelix, deinde concha et scapha, tragus et antitragus; ipse denique meatus auditorius singulari foramine, quod ad os usque subjectum penetrabat, ita quidem fictus omnino erat. Inter utrumque tegumentorum faciei sulcum, quem modo diximus, jam medius extare nasus debebat. Nulla hic nasalia ossa, aut qui distincti essent et eminerent ossium maxillarium nasales processus; deinde nullus vomer, nec cartilagines externum nasum effecerunt; ita vero fornice omni et naribus absentibus ore tantum spiritum duxit infans. Proinde sulci, quos ante notavimus, nonnisi deformes nasi limites quodammodo significarunt ac de reliquo uterque in fissuram superioris labii, deinde vero in maxillæ ossis et processuum palatinorum aperturam desiit, per quam aer inferioribus locis ad ossa spongiosa atque internas nasi cameras ducebatur. Erat igitur superstes superioris labii, pariter fissi portio eaque prospectum hœrentis exiguæ partis in ore eum prohibebat, tum ex parte adnascebatur gingivæ maxillarique ossi fisso; scilicet ita protuberantibus hisce ac partitis, ut nihilominus supplerent prolabio leporino fingendo defectum ipsius partium labii superioris. Ex quo præter superioris labii amplissimam partitionem etiam gingivæ et maxillaria atque palati ossa valde notabilem hiatum, sed ab utraque parte superstitis quidem portionis internæ vomeris exiguæque retulerunt; qualis proinde ingressus priori oris digitum minimum pro amplitudine sua capiebat; sed hiatus ipse suo per palatum progressu tandem ad sedem uvulæ quæ desiderabatur, sensim augustissimus factus rimæ instar in fancibus apertæ finem consequebatur. Quare in illo palati hiatu partitio quædam in naso interno et varietas ab parte oris utrinque observabatur. Nam amplior quodammodo præ parte sinisteriora fissura dexteriori loco erat, et utramque

disiungebat ossium palati fissorum augusta, sed media sedes, qualis cœteroquin in sanis multo exquisitius vomerem figit; cujus quippe sedis pars exigua nonnisi vomeris partem relictam sustentabat. Per duplicem ita fissuram, ore quidem aperto, spongiosa inferiora ossa in sensum inciderunt, et bini ingressus deletarum narium expleverunt vices, spiritum que ad cavernas nasi interioris et ad utrimque genœris spongiosa ossa atque fances in recens nato detulerunt.

OBSERVATION XLVI

Soemmering. — Description de quelques monstruosités, 1791

Fente oblique de la face des deux côtés chez un enfant nouveau-né du sexe féminin, accompagnée d'hydrocéphalie, grosse hernie du ventre, côtes et extrémités défectueuses. A peu près au milieu de l'os pariétal gauche, on rencontre une tumeur cutanée longue et large d'environ 7 à 8 milimètres; on trouve une tumeur semblable sur le front. La fontanelle est très large et très étendue, elle divise l'os frontal en deux parties comme dans l'hydrocéphalie, mais ses deux parties sont inégales: la partie droite est plus grande que la partie gauche: la suture frontale s'étend obliquement du côté droit au côté gauche. Les globes oculaires sont très proéminents, et la fente palpébrale est extrêmement ouverte; de telle sorte qu'on voit autour de la cornée et de la sclérotique un cercle large d'environ 8 millimètres. Les paupières forment une ouverture arrondie, et la paupière supérieure n'est réunie à la paupière inférieure que vert l'angle externe. Du reste, les bords présentent leur conformation ordinaire et les cils ainsi que les points lacrymaux sont visibles surtout à la paupière inférieure. Mais au point où la paupière supérieure doit rencontrer la paupière inférieure pour fermer l'angle interne,

le globe oculaire, qui fait saillie, les sépare de 19 mm 25 à l'œil droit et de 15mm 08 à l'œil gauche : cependant aux deux yeux il y a un lambeau de peau supplémentaire qui réunit les paupières. Le nez n'est qu'un lambeau de peau informe, large à la base vers le front, plus étroit à son extrémité, qui se dirige obliquement vers la droite où il se perd dans le maxillaire supérieur. Ce lambeau, d'ailleurs adhérent à la cloison, forme une cavité irrégulière entre cette dernière et la paroi osseuse des orbites qui sont elles aussi déformées.

Cette cavité est fermée à droite vers la partie inférieure par la lèvre supérieure qui s'est soudée à la partie inférieure de ce lambeau de nez ; du côté gauche, cette cavité se confond avec la cavité buccale. Le maxillaire supérieur présente dans sa partie médiane, un écartement de 21mm 25 et les parois de ses parties palatines qui d'ordinaire sont dirigées en bas, sont ici défectueuses, et ce qui en reste est déjeté se faisant face l'une à l'autre.

Aux maxillaires supérieurs, outre la surface palatine, il manque leur apophyse nasale, surtout du côté gauche. De plus, toute la moitié gauche du palais fait défaut. Les cornets eux aussi sont déformés de chaque côté.

OBSERVATION XLVII

Klein. — Specimen anatom. inaugur. sistens monstrorum quorumdam descriptionem. Stuttgardœ, 1792.

§ 5. — Inter protuberantiam marginemque ossis frontis vestigia aderant sacci permagni disrupti, membrana alba, tenui, pellucida, ab integumentis protuberantiœ ossisque frontis, lateraliter in labiis leporinis contorta descendens, utriuque in margine inferiore maxillœ superioris evanescens.

§ 6. — Nunc et adhne ambœ genæ a labio superiore usque ad illam distantiam ossis frontis et bregmatis erant

divisœ, et quidem sinistrorsum hœc divisio ex angulo oris per os maxillare et jugale protenditur et retro canthum oculi externum illi distantiœ ossium inosculatur, hœc divisio perscissa œmulat integumenta. Dextrorsum divisio prope commissuram dextram oris incipit, marginibus imulto distantioribus, oblique ad cantum internum oculi tendit, marginisque orbitœ inferioris medietatem attingit, usque ad quam os maxillœ plane divisum late distat. Ibi integumenta sic perexternum oculi canthum ad distantiam dextram ossis frontis et bregmatis usque erant divisa, ut inferior hujus oculi palpebra ab oculo separetur. Hœc divisio maxillœ superioris dextrœ ita per palatum, velum uvulamque extenditur, ut os spongiosum inferius dextrum in cavitate oris, cavitasque oris ipsa parsque alveoli hue distincte, sinistris autem nonnisi diductis divisurœ marginibus solummodo inferior cavitas oris videatur.

§ 17. — Dextris omnia difformiora. Os maxillare medio penitus divisum et pars nasalis posterior multum ab ethmoïdeo osse spongiosoque inferiore distat, ductus lacrymalis ergo plane apertus, concha media inferiorque liberœ dépendent. Orbitœ inferior paries deest, canalis infraorbitalis irregularis, profundiorque. Os jugale parte orbitale caret, ipsumque exteriora anterioraque magis spectat quam sinistrum. Palatum plane divisum et solummodo a parte quadrata ossis sinistri palati adhue rudimentum restat. Pars palatina maxillœ sinistrœ naturalis, dextrœ deest.

OBSERVATION XLVIII

Seiler. — Beobachtungen ursprünglicher Bildungsfehler der Augen. Dresde, 1833.

Enfant du sexe masculin, venu à terme, hydrocéphale. Le bras droit fait défaut, le gauche est difforme. L'enfant mourut

trois jours après la naissance. L'endroit où les cavités oculaires ont leur siège est recouvert par un prolongement de la peau de la tête, sur lequel sont implantés des cheveux jusqu'aux os du nez soudés ensemble, os dont la saillie forme une espèce de bec. La partie médiane de la face est occupée par une gueule-de-loup. Le nez externe ne présente que les os nasaux incomplètement développés et soudés entre eux. L'os intermaxillaire, les apophyses frontales du maxillaire supérieur et les os palatins font défaut, de sorte qu'on peut regarder sans obstacle dans les cavités nasale et buccale. qui n'en forment plus qu'une seule. Vers la partie supérieure, au milieu, on voit la lame perpendiculaire de l'ethmoïde des deux côtés, les cornets inférieurs, et, à côté de ceux-ci, en avant, les rudiments de l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur; la langue et le maxillaire inférieur forment le fond plat de cette cavité. L'oreille externe droite a son développement normal, l'oreille gauche est atrophiée, et le conduit auditif externe est bouché. Les os frontaux ne sont représentés que par un rudiment très petit et informe, long de 3 lignes et large de 5, rudiment qui se trouve à gauche, à côté de la lame criblée de l'ethmoïde, et immédiatement au-dessus du bec. Sur la surface du crâne, on trouve d'avant en arrière, le rudiment de l'os frontal et le corps de l'ethmoïde. Cet os est très mince, et on n'y trouve que des trous excessivement petits. La crête manque complètement. Des deux côtés de l'ethmoïde se trouvent les deux ailes extraordinairement développées du sphénoïde, elles sont recourbées vers le haut et se réunissent latéralement avec le rudiment de l'os frontal et les os craniens en se dirigeant en haut et vers la partie externe. Du côté interne, ceux-ci se réunissent à la lame criblée. Entre eux et les grandes ailes du sphénoïde, on trouve une fente considérable, qui est remplie d'une masse tendineuse et qui se dirige dans la cavité nasale. Comme les plaques orbitaires de l'os frontal, les os du maxillaire supérieur et les os malaires manquent complètement, ainsi que les plaques papyracées de l'ethmoïde et les os lacrymaux ; les deux

cavités orbitaires ne se sont point développées, les os frontaux se réunissent aux petites ailes du sphénoïde, et la peau couverte de cheveux se continue immédiatement avec la peau des joues.

OBSERVATION XLIX

FERGUSSON. — *A system of pratical surgery*, 4e édition, p. 575, cité par DEBOUT. *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale* 1862, t. LXIII.

C'était un enfant de quelques mois, qui présentait à la lèvre supérieure, à gauche, la fissure ordinairement appelée bec-de-lièvre, tandis qu'à droite, une autre fissure s'élevait de l'angle de la bouche en haut et en dehors jusqu'à l'os malaire, sans communication toutefois avec la narine. On voyait au fond de la fissure la gencive et la partie antérieure de l'antre d'Highmore, tapissées de muqueuse, et on remarquait une dépression à la paroi antérieure de l'antre. En outre de cette difformité, la paupière inférieure de l'œil gauche avait subi un arrêt de développement et avait contracté des adhérences avec la conjonctive.

OBSERVATION L

HECKER. — *Klinik der Geburtskunde* (Hecker und Buhl), t. II, p. 227, 1864.

Il y eut, en 1861, à la Clinique de gynécologie, un enfant du sexe masculin, non à terme et mort-né, dont le buste était bien conformé, mais qui présentait une fissure oblique de la face considérable. On se trouve de plus en présence d'un

bec-de-lièvre avec de grandes lacunes ainsi que d'une gueule-de-loup, mais d'un degré beaucoup moindre, car le palais ne présente une séparation que dans sa partie antérieure. De plus, à travers une fente, on aperçoit la cavité nasale, et cette défectuosité se continue jusqu'à l'œil gauche dont la cavité n'est pas fermée du côté du nez ; par suite et aussi en raison de ce que les paupières sont incomplètement fermées, cet œil fait une saillie considérable, tandis que l'œil droit est complètement recouvert par les paupières. Les os du nez sont déjetés à droite et sont recouverts seulement par un lambeau de la peau du nez. De ce lambeau part, vers la partie supérieure et à droite, un sillon semblable à une cicatrice à laquelle adhèrent quelques petits filaments rompus. Plus haut, sur l'os frontal droit, on découvre une lacune osseuse, arrondie, qui est remplie par une hernie du cerveau.

OBSERVATION LI

Barkow. — *Beitrage zur pathologischen*, Entwickelungsgeschichte IV. Abtheilung. Breslan, 1871.

Un enfant nouveau-né, atteint d'encéphalocèle lobulaire, présente à la partie gauche de la face un bec-de-lièvre qui se prolonge en haut jusqu'à l'angle interne de l'œil. La bouche est grande, et la langue avance un peu en avant des lèvres. Les deux orifices du nez sont normaux L'œil gauche fait une saillie considérable hors de l'orbite ; la paupière gauche est tirée en haut et vers la partie externe, et elle est réunie à la peau du front qui, à son tour, est soudée à l'amnios.

OBSERVATION LII

Hasselmann. — *Langenbeck's Archiv* XVI, p. 681, 1874.

Enfant bien développé, viable. La moitié gauche de la face est traversée par une fente oblique qui commence à la

lèvre supérieure gauche et se dirige à travers la joue, le long du nez, vers l'angle interne de l'œil. Du bord externe de la paupière supérieure, elle s'étend obliquement à travers le sourcil jusqu'a la limite du cuir chevelu. Le bord de la lèvre supérieure, situé à côté du nez, était relevé en haut, et la partie de l'angle interne de l'œil, appartenant à la paupière était dirigée en bas, de sorte que les angles normaux étaient changés en une ligne oblique et arrondie. La partie inférieure du nez était déviée à droite. L'angle externe de l'œil, soutenu seulement par un point d'appui, avait sa position normale, tandis que la partie externe de la paupière supérieure, était tirée en haut et en dehors en forme d'arc. La partie externe et séparée des sourcils, était tellement contournée, qu'elle formait avec la partie médiane de ceux-ci un véritable angle droit. Au milieu de cette fente se trouvait l'œil extérieurement bien conformé.

OBSERVATION LIII

Morian (I). — *Archiv für Klinische Chirurgie de Langenbeck fünfunddreissigister band, zweites heft*, 1887. — Crâne d'enfant de la collection pathologique de la Clinique de Bergmann

Les indications cliniques font défaut. Le contour fronto-occipital est de trente et un centimètres environ. Vu de face, l'arc du maxillaire supérieur est divisé en trois parties par deux fentes : ces fentes prennent naissance de chaque côté du bord alvéolaire, au point où commence ordinairement la fente maxillo-palatine, mais elles ne s'étendent pas, comme cette dernière, en haut jusqu'à l'ouverture pyriforme ; elles se dirigent en dehors de celle-ci, vers l'angle interne du bord sous-orbitaire. Celle de gauche est large et pénètre dans l'orbite ; celle de droite est étroite et s'arrête seulement au bord de l'orbite. La pièce comprise entre les

deux fentes est proéminente ; elle est plus haute que les parties avoisinantes et déviée à droite. Elle se différencie du bourgeon d'une fente maxillaire, en ce qu'elle présente une ouverture pyriforme, entourée de tous les côtés par de la substance osseuse à environ un centimètre en arrière de la paroi postérieure des alvéoles des incisives, ce bourgeon est réuni par une suture avec le vomer ; le trou incisif fait défaut, mais immédiatement derrière le bord alvéolaire, surtout à droite, on trouve un sillon que l'on pourrait considérer comme une moitié de ce foramen. Une suture médiane et longitudinale divise la pièce du milieu en deux parties. Chacune de ces parties est encore divisée dans le sens de la longueur par une suture symétrique qui se dirige vers la paroi postérieure de l'alvéole médiane de l'incisive. Toute la partie droite est réunie par une suture à la partie externe avec l'apophyse frontale du maxillaire supérieur droit, et en haut avec l'os frontal et l'os propre du nez. A gauche, l'apophyse nasale de l'intermaxillaire atteint une étroite bande osseuse qui entoure l'apertura pyriformis, mais ne touche pas l'os frontal, ni le maxillaire supérieur rudimentaire, tandis qu'elle touche la partie gauche du nez et le cornet inférieur. Le maxillaire supérieur gauche n'a pas d'apophyse frontale ; son corps est extraordinairement bas et se termine en cône à la partie interne. Dans la profondeur de l'orbite, il est réuni par une suture avec la lamina papyracea de l'ethmoïde. Le canal sous-orbitaire existe. L'os lacrymal manque ; vue d'en bas, la fente droite, large d'environ deux millimètres, monte à environ un centimètre du bord alvéolaire jusqu'à la suture de l'intermaxillaire et du vomer. A gauche, elle est environ cinq fois plus large et se termine a un centimètre derrière cette suture. Dans les parties latérales du maxillaire supérieur, il y a quatre dents de chaque côté, parmi lesquelles une incisive en dehors également de chaque côté de la fente. La pièce médiane porte quatre incisives, parmi lesquelles il y en a une à gauche de la suture médiane, tandis qu'à droite il y a trois grosses incisives qui

s'imbriquent les unes sur les autres, afin de trouver place sur cet étroit espace. C'est donc pour la première fois que l'on trouve une mâchoire infantile dans laquelle les quatre incisives sont en même temps dans un maxillaire supérieur : trois dans le maxillaire médian et un dans le maxillaire supérieur lui-même.

OBSERVATION LIV

Morian (II). — *Archiv für Klinische chirurgie de Langenbeck*, 1887. — Pièce anatomique de la collection pathologique de Breslau.

Enfant de sexe masculin ; grandeur, 48 centimètres, fissure oblique de la face à gauche. A droite, bec-de-lièvre et hydrencéphalie fronto-pariétale. Contour occipito-frontal, 53 centimètres.

La grande fontanelle se continue, large de deux doigts, et sous forme d'un sillon profond jusque dans l'os frontal. A environ un demi-centimètre au-dessus du bord orbitaire supérieur, les téguments de la tête sont actuellement enfoncés dans le sillon. A droite, il existe une fissure labiale d'un demi-centimètre avec une fente du bord alvéolaire qui est remplie par une bandelette de substance molle s'étendant à la lèvre supérieure jusqu'au frein. A gauche, la fissure oblique commence à la lèvre supérieure, également sous forme de bec-de-lièvre. Elle à 2 centimètres de largeur, elle se dirige d'abord dans le trou nasal gauche, passe autour de l'aile du nez, pour aller vers la fente palpébrale à travers l'angle interne béant d'environ 2 centimètres 1/2. L'aile du nez, qui à son développement normal, est tirée en haut et touche presque le bord interne de la paupière supérieure gauche. La lèvre supérieure est arrondie vers sa partie interne et en haut sur le bord externe de la fissure ; son bord libre a la couleur rouge ordinaire des lèvres et se termine à

l'extrémité interne de la paupière inférieure. La fissure est bornée en haut par le globe oculaire et le contenu de l'orbite. La conjonctive se continue en bas dans la muqueuse de la bouche et en dedans dans celle du nez, surtout celle qui tapisse le cornet inférieur. Le bord de la paupière supérieure, long d'environ 2 centimètres, a sa situation normale. La paupière inférieure, longue de plus d'un centimètre, est fortement tirée en bas, de sorte que les deux points lacrymaux sont à 2 centimètres 1/2 l'un de l'autre. Le maxillaire et la partie dure du palais sont fendus à gauche : les parties molles du palais, de même que la luette, sont fendues par le milieu. Le cornet inférieur gauche est libre. A gauche un petit sac supplémentaire fait saillie dans la fissure; il n'y a pas d'alvéole en dehors de celle de l'incisive médiane. Lorsqu'on a enlevé les parties molles avec le périoste, on voit d'en bas une fente du maxillaire, qui va jusqu'au trou incisif, avec proéminence de la pièce médiane. Des deux côtés, la fente passe entre deux incisives. La pièce médiane est composée de deux parties qui sont réunies entre elles par une fente médiane avec le vomer, par une fente oblique à la partie postérieure en arrière du trou incisif.

A droite, la pièce médiane est réunie avec le maxillaire supérieur droit par une suture qui forme la continuation de la fente de l'arcade alvéolaire. L'apophyse frontale du maxillaire supérieur est rudimentaire ; l'espace large d'un demi-centimètre, qui s'étend entre celui-ci et l'apophyse nasale de l'os frontal droit, est rempli par une membrane cartilagineuse. Les os propres du nez, réunis par une suture, sont un peu écartés l'un de l'autre. A gauche, la fente de l'arcade alvéolaire a environ 2 centimètres de large, et, en dedans, de cette arcade, la partie gauche de la pièce médiane ne présente pas de canal incisif.

La cavité orbitaire gauche est plus vaste que celle de droite ; son plancher est à environ un demi-centimètre plus bas et en arrière, de telle sorte que tout le globe oculaire n'est recouvert en bas que par des parties molles. Une

membrane d'un tissu solide, adhérente au périoste de l'orbite, ferme la cavité. Le bord sous-orbitaire et le plancher de l'orbite insuffisants sont représentés par quatre fragments osseux : à la partie externe, l'os jugal gauche, qui se réunit en haut par une suture lâche avec l'os frontal ; au milieu, par le maxillaire supérieur, qui a en avant un rebord concave ; puis vient un petit fragment intercalaire qui porte en avant et en bas le cornet inférieur, et enfin par une petite plaque osseuse de forme rhomboïdale, qui répond peut-être à l'os lacrymal et qui porte le cornet supérieur et est réunie avec le cornet inférieur, la lamelle externe du corps de l'ethmoïde, l'os frontal et l'os propre du nez. Celui-ci et, un peu plus bas, le cornet inférieur forme le bord interne de la fente osseuse ; l'apophyse palatine étroite dirigée en haut du côté de l'orbite ainsi que l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur, en forment le bord externe. Il faut encore remarquer qu'un fragment osseux, à peine de la grosseur d'une lentille, est séparé de l'angle antérieur de l'arcade maxillaire, et qu'il sert à former, par une suture, la paroi postérieure de l'alvéole de l'incisive externe. Il y a encore dans le maxillaire supérieur, et de chaque côté, une canine et deux molaires. Le trou sous-orbitaire gauche est en dehors de la fente ; on ne découvre aucune trace du canal lacrymal gauche.

OBSERVATION LV

Morian (III). — Pièce anatomique de la collection pathologique de Breslau, *ibid.*

Un fœtus du sexe féminin, long de 38 centimètres, est atteint à droite d'une fente labio-maxillo-palatine, à gauche d'une fente oblique de la face et d'une fente médiane du maxillaire inférieur. En outre, il présente deux encéphalocèles occipitales, et en dehors de la vulve, un appendice

vésiculaire de la grosseur d'une noisette. Je ne décrirai que la tête. Elle est de la grosseur d'une bille de billard. La petite fontanelle forme une excavation rhomboïde, dans laquelle on peut facilement introduire le bout des doigts : la peau y est remplacée par une membrane blanchâtre, mince comme du papier, avec des plis nombreux, dépassant de tous les côtés la fontanelle qu'elle recouvre, et qui entoure la tête en suivant une ligne circulaire. A droite, un repli de cette membrane entoure horizontalement la tête jusqu'en arrière de la conque de l'oreille. Elle forme une grande arcade au-dessus de l'oreille droite pourvue de deux appendices auriculaires, et de la joue droite, et adhère de nouveau sur la crête d'un pli de la peau, qui va obliquement du menton à la partie médiane de la lèvre inférieure. Sur la gauche de la petite fontanelle s'étend librement dans un profond sillon de la peau, qu'il semble s'être creusé lui-même, un cordon amniotique qui passe au-dessus de la conque de l'oreille gauche, et va, en passant près de la tempe gauche, à la paupière supérieure, qui est relevée jusqu'à la fente palpébrale : il suit celle-ci et continue dans la même direction son chemin à travers l'angle interne jusqu'à l'endroit où commence la fissure oblique que nous allons décrire. Aux environs de la fente palpébrale, il présente de nouveau une adhérence linéaire et il se termine sous forme de membrane.

Le globe oculaire resté petit est complètement recouvert par cette membrane. Celle-ci envoie vers le milieu du bord de la paupière supérieure un filet étroit et libre. La paupière supérieure elle-même est divisée par le fil amniotique en deux parties inégales. La plus petite partie, qui présente une petite excroissance externe, forme avec la paupière inférieure, qui a environ la moitié d'étendue de la paupière supérieure, la commissure externe normale. La commissure interne n'est pas fermée. Le point lacrymal inférieur est déjeté du côté externe, à environ 1 centimètre, et un peu trop en dessous du point lacrymal supérieur. A droite, il y a exophtalmos ; à gauche, la fente palpébrale se continue en

une fissure qui, traversant les parties molles et les os, atteint, à travers la joue gauche, en dehors du nez, et aussi en passant par la lèvre supérieure, la bouche, à l'endroit où se rencontre ordinairement le bec-de-lièvre. Les deux bords de la fente présentent la couleur rougeâtre des lèvres. Le bord labial externe de la lèvre supérieure est arrondi, tiré en haut, et adhère, à environ 7 millimètres au-dessous du point lacrymal inférieur gauche, au maxillaire supérieur. Le nez est déjeté à gauche : le trou nasal gauche est normalement constitué, le droit est élargi, et, du côté de la cavité buccale, il n'est recouvert que d'une étroite bandelette de substance molle. Comme le nez, la partie osseuse médiane est déjetée à gauche : elle fait saillie en avant de l'arcade alvéolaire, et est tournée autour d'un axe sagittale, de telle sorte que les deux incisives gauches présentent leur tranchant en dehors. La troisième incisive de la pièce médiane appartient à la partie intermaxillaire droite; la situation est à peu près normale.

En dehors de la fente droite se trouve de même une incisive, et, comme à droite, on rencontre une fissure du maxillaire, de la lèvre et du palais. A la partie interne de la fente gauche, on trouve un os qui répond aux deux intermaxillaires gauches réunis; lorsqu'on en a enlevé le périoste, on remarque que cet os est réuni par des sutures à la partie postérieure au vomer; à la partie interne, à son similaire droit; en haut, à l'os nasal et à l'os frontal; et à la partie externe, à l'apophyse frontale du maxillaire supérieur. A gauche, il forme le bord inférieur et latéral de l'*apertura pyriformis*. On ne peut reconnaître distinctement ni le canal ni l'os lacrymal. En dehors de la fente, on trouve le maxillaire supérieur gauche, avec la canine, et, derrière celle-ci, deux molaires qui se trouvent situées dans la continuité alvéolaire, droite et non incurvée, et qui va directement en arrière. La fente ne mesure, au bord alvéolaire, guère plus de 2 millimètres; elle se rétrécit rapidement en un sillon, dans lequel les parties dures et étroites de l'os palatin se réunissent au vomer dévié

à gauche. Le voile du palais et la luette sont, comme d'habitude, fendus par le milieu, et la lèvre inférieure présente une fente médiane dans sa partie mobile.

OBSERVATION LVI

Morian (IV). — *Ibidem* Breslau.

Embryon du sexe féminin, 31 centimètres de longueur, fissure oblique de la face des deux côtés, hémicranie, encéphalocèle, et des deux côtés aussi pied-bot.

Le cordon ombilical à 22 centimètres de longueur, le diamètre du placenta est de 12 centimètres. La tête, en forme de poire, à 18 centimètres de circonférence occipito-frontale et n'a pas de voûte cranienne osseuse ; celle-ci est comme coupée horizontalement, immédiatement au-dessus de la racine du nez et des conques de l'oreille. Sous la peau de la tête recouverte de cheveux, on sent le bord supérieur de l'os occipital rabattu en dedans. Les os frontaux sont aplatis vers la partie postérieure, au-dessus des orbites; l'os pariétal gauche est rudimentaire et de forme rhomboïde. Le pariétal droit fait défaut ; à sa place, on trouve une tumeur en forme de sac, de 5 centimètres de longueur, de la grosseur d'un œuf, et recouverte de peau lisse. En dehors, à la base de cette tumeur, prenant son origine dans un sillon qui se dirige obliquement vers la fente palpébrale, on trouve une membrane translucide, d'un blanc nacré , de 4 centimètres et demi de largeur, qui se réunit à une autre membrane, environ trois fois plus étroite, laquelle a une origine analogue du côté gauche. Cette membrane, longue et large comme la main, empiète un peu sur le cordon ombilical , et va se perdre à la face plantaire des pieds. La ligne d'insertion symétrique de ces deux membranes se dirige de chaque côté,

vers la fente palpébrale, qui a une direction oblique, à quelques millimètres en dedans du *canthus externus*. Cette ligne d'insertion se termine : à droite, sur le globe oculaire atrophié, en un point pigmenté du volume d'une tête d'épingle; à gauche, dans le canthus interne, immédiatement au-dessous du bulbe, qui est très proéminent et, lui aussi, pigmenté. La paupière supérieure est ectropionnée, les points lacrymaux sont à 8 millimètres l'un de l'autre. Symétriquement, dans la continuation des fentes palpébrales qui convergent en bas, on trouve une fissure, partant de l'angle interne des yeux, à environ $^1/_2$ centimètre du nez, qui est large et bien conformé. Cette fissure traverse la joue et la lèvre supérieure, et se termine à la bouche, à un centimètre en dedans de la commissure des lèvres. Elle n'a pas partout la même largeur, elle présente des bords arrondis qui, par place, offrent la coloration rose des lèvres. La lèvre supérieure fait avec le nez une saillie de $^1/_2$ centimètre de hauteur. Le maxillaire supérieur est divisé de chaque côté, à 5 millimètres en dedans du trou sous-orbitaire, par une fente qui, au bord alvéolaire, présente une largeur de $^1/_2$ centimètre. Cette fente, à droite, se termine dans l'orbite même, tandis qu'à gauche elle s'arrête au bord. La pièce médiane comprise entre les deux fentes, proémine de 1 centimètre et demi, et forme en haut, en se réunissant par une suture avec le frontal, l'os lacrymal et les os propres, la charpente osseuse du nez, lequel est bien conformé. En traversant la paupière supérieure avec l'os lacrymal, elle forme le canal lacrymal; celui-ci est ouvert à droite et réduit à un léger sillon de l'os lacrymal. Dans le court processus alvéolaire, on trouve quatre incisives dirigées en avant.

En arrière, la pièce médiane, comme le bourgeon d'un double bec-de-lièvre, se réunit par une suture avec le vomer à la partie postérieure d'un pédoncule large d'environ 5 millimètres et d'une longueur un peu supérieure. Le vomer a à peu près la même largeur, et se trouve divisé en deux moitiés

par une suture médiane. On ne trouve d'aucun côté de trace d'une suture incisive, et le canal incisif est remplacé par deux sillons. Tandis que l'extrémité atrophiée de la pièce interne gauche est réunie avec la partie externe du maxillaire supérieur par une suture, l'extrémité droite reste séparée, dans toute la largeur de la fente, de la partie externe qui lui appartient, et la réunion n'a lieu que par l'os lacrymal. Les deux parties latérales du maxillaire supérieur ne se composent que du processus alvéolaire qui est bas, large. et presque rectiligne en arrière. A gauche, la canine et les deux molaires occupent leur position normale, tandis qu'à droite on voit, en outre, en dehors de la fente, c'est-à-dire sûrement dans le maxillaire supérieur, une incisive. A gauche, l'apophyse palatine du maxillaire et la portion horizontale du palatin sont rudimentaires. D'où il suit qu'à gauche, la fissure du palais est presque totalement comblée par le cornet inférieur proéminent, tandis qu'à droite, le palais est mieux développé, mais sa voûte ne se soude avec le vomer qu'à $^1/_2$ centimètre, en arrière de la suture de ce dernier avec l'intermaxillaire ; c'est pourquoi, en avant, il y a une fissure incomplète du maxillaire. Le voile du palais se trouve, comme d'habitude, séparé en deux.

CHAPITRE V

THÉORIES DIVERSES ÉMISES SUR LA GENÈSE DU COLOBOME CONGÉNITAL DES PAUPIÈRES

La première théorie que nous trouvions sur cette malformation est celle de Heyfelder (10), 1831.

« Le colobome de l'iris, dit-il, est dû à un arrêt de développement : ce qui est démontré par la coïncidence de ce colobome avec la fente de la paupière, de la lèvre et de l'arcade sourcilière. L'œil atteint de colobome représente l'œil des jeunes embryons de tortues et de lézards, et ce fait rentre dans la catégorie de ceux qu'ont invoqué Meckel et Walther pour soutenir que l'homme passe durant la vie fœtale par la série des formes animales.

« Beaucoup de médecins ont constaté l'influence des émotions et des souffrances sur le développement de l'embryon. L'arrêt de développement s'explique

bien par une paralysie subite de la puissance formatrice, et dans notre cas (III° observation citée), l'influence de l'émotion paraît hors de doute. »

Ammon (15), en 1835, prétend que le bec-de-lièvre est causé par un arrêt dans la réunion des deux segments qui constituent la lèvre supérieure chez le fœtus. L'existence du colobome palpébral s'expliquerait difficilement d'après ce mode ; car on n'a jamais constaté dans aucune période de la vie intra-utérine que la paupière fût formée de deux lambeaux analogues. Il paraît donc démontré que le *blepharo-coloboma* provient d'un vice de formation « *vitium primæ formationis.* »

Ryba (16), 1838, admet que toutes les parties du système cutané, qui, jusqu'au parfait développement du fœtus, restent exposées à la surface du corps, acquièrent peu à peu la structure de la peau bien développée, tandis que, au contraire, les parties de ce système qui se renversent en dedans, ou sont couvertes comme la conjonctive l'est par les replis palpébraux, se transforment en membranes muqueuses. Si les paupières ne se ferment pas complètement, s'il y a un colobome de la paupière supérieure, ainsi que dans le cas d'Ammon, une partie de la conjonctive reste à découvert et prend les propriétés des téguments externes.

Desmarres (25), 1854, dit que cette difformité est due à un arrêt de développement.

O. Becker (35), 1863, rapporte qu'aucune explication satisfaisante n'a pu être encore donnée de la formation du coloboma de la paupière. Les fissures de l'iris sont bien autrement communes, et il est impossible d'établir un lien entre elles dans l'histoire de leur développement.

Si le coloboma de l'iris et de la choroïde, le bec-de-lièvre, la fissure palatine, peuvent être considérés comme dus à des arrêts de développement, la fissure de la paupière ne saurait être rapportée qu'à un vice « *primæ formationis* ».

Manz (41), 1868, admet une toute autre théorie :

« En effet, dit-il, si l'on se reporte pour l'intelligence de cette malformation au travail d'Ammon, on verra que la paupière supérieure n'est à aucun moment double et qu'elle se développe par un bourrelet unique, circulaire et continu avec la paupière inférieure. Lorsque l'angle interne de ce bourrelet s'est fixé à l'orbite et que le globe oculaire s'est enfoncé dans la cavité orbitaire, il s'est formé une fente horizontale qui sera plus tard la fente palpébrale.

Nous considérons donc qu'il a dû se faire primitivement une adhérence de la peau avec la cornée et que c'est cette adhérence qui a empêché l'évolution normale de la paupière. » Il s'agit donc d'un fait d'hétérotopie avec hypertrophie du bourgeon tégumentaire de la cornée.

Quant à M. de Wecker (42), 1869, il rapporte ce vice de conformation à un arrêt dans la transfor-

mation histologique. La peau, qui doit devenir conjonctive, est restée pendant un espace de temps plus au moins long à l'état de derme. Il appuie cette opinion sur la présence d'une partie du derme persistant sur le globe oculaire ou au moins sur une altération de sa surface qui se rencontre on peut dire presque toujours. En 1880, dans la nouvelle édition de son traité d'ophtalmologie (de Wecker et Landolt) de Wecker essaye de réfuter Manz en lui disant que la discussion ne peut avoir de base solide tant que la formation des paupières, et particulièrement celle de la conjonctive bulbaire ne seront pas mieux connues. Manz, dit-il, tient à la métamorphose hétérotopique, comme point de départ d'un arrêt de développement ; nous ne jugeons pas que nous devions jusqu'à présent renoncer à notre interprétation, attendu que nous n'avons pas à soutenir que ce qui recouvre le globe oculaire soit, sous tous ses rapports histologiques, un tégument analogue à la peau, que nous n'avons pas soutenu que la transition de ce tégument en muqueuse fût une métamorphose régressive, et qu'enfin nous pensons que pour la transition insensible du derme en muqueuse, il se trouve en embryogénie de nombreux exemples.

Gilette (49), 1873, pense que le colobome, dont il donne l'observation, ne saurait être, en raison de sa symétrie parfaite, le résultat d'une maladie intra-utérine, et qu'il reconnaît, sans contredit, pour cause un arrêt de développement d'une partie limitée de la face, plus spécialement l'absence de soudure la plus interne de la fente branchiale supérieure.

A propos d'un cas de brides cutanées sur la cornée d'un fœtus né dans son service, Polaillon (communication faite à la Société de Paris, 1874), rend compte de cette anomalie par la persistance d'un état transitoire dans le mode de formation du globe de l'œil. La fente oculaire, ou plutôt le repli cutané qui est destiné à former le cristallin, au lieu de disparaître comme à l'état normal, a persisté chez ce fœtus, qui porte d'ailleurs d'autres monstruosités. C'est donc la persistance et l'hypertrophie de ce repli cutané qui explique la présence de deux brides de peau reliant la cornée à la partie supérieure et interne du tégument voisin du grand angle de l'œil.

Talko (53), 1875, se refuse à rapporter son cas à une inflammation intra-utérine, à cause de la membrane blanche située au bord de l'iris, qui présente une adhérence avec la tumeur dermoïde supérieure, tumeur immobile, offrant l'aspect d'une cicatrice.

Tillaux (59 *bis*), 1878, dans son *Traité d'anatomie topographique*, donne ainsi l'explication de ce vice de conformation :

« La fente oculaire, dit-il, vient s'ouvrir en avant dans une sorte d'hiatus compris entre les bourgeons maxillaires supérieurs. Les bords de ce sillon, de cette gouttière qui unissent l'angle interne de l'œil à l'hiatus intermaxillaire, forment, en se repliant, le sac lacrymal et le canal nasal (d'après Koelliker et Coste). Si cette involution n'a pas lieu, il restera une fente à l'angle interne de l'œil, où la paupière ne

pourra se développer, fente qui constitue le colobome congénital des paupières. »

A la suite d'une communication, faite à la *Société de chirurgie de Paris*, par Lannelongue (1881), d'un cas de bec-de-lièvre et de fente verticale des quatre paupières, Pozzi (65) dit dans la discussion, qu'il y a une connexité entre le bec-de-lièvre et les malformations de l'œil. L'embryogénie en fournit la clef. Le défaut d'oblitération du sillon intermédiaire au bourgeon fronto-nasal et au bourgeon maxillaire supérieur explique ces faits curieux de bec-de-lièvre compliqué de quelque disposition anormale atteignant l'œil ou les téguments entre la bouche et la fente palpébrale... La fente ici se dirige vers l'orbite qu'elle atteint même ; cela seul permet d'affirmer qu'il s'agit d'une persistance de la fente naso-maxillaire, fait bien connu aussi et dont les exemples sont nombreux. Par suite, son extrémité inférieure doit partir du bord libre des lèvres, et non de la commissure, au niveau de la suture de l'os incisif avec le maxillaire.

M. Polaillon, ajoutait Pozzi, a fort bien expliqué l'origine de la bride fibreuse qui, dans le cas présenté par M. Lannelongue, part du fond de la fente labiogénienne, et après avoir adhéré à la cornée, se continue avec l'enveloppe du cerveau exencéphalié. Je ferai seulement remarquer ceci : cette membrane représente, pour ainsi dire, une portion persistante du feuillet externe du blastoderme ; or, c'est par ce feuillet qu'est formée l'enveloppe du cerveau avant

son ossification ; il n'est donc pas étonnant qu'ici elle se continue avec lui : il y a persistance des rapports embryonnaires.

M. Polaillon, à propos de cette observation, s'exprime ainsi :

« J'ai vu, il y a trois ou quatre ans, un fait analogue sur un fœtus exencéphalien. Du centre des deux cornées partait un tractus blanchâtre, d'aspect cutané, qui se rendait vers le nez. Cette difformité ne peut être attribuée qu'à un arrêt de développement de l'œil et des parties voisines. Elle remonte au début de la vie embryonnaire ; car les bulles oculaires apparaissent peu de temps après l'encéphale et se forment aux dépens de la cellule cérébrale antérieure ; mais, d'après la théorie de Huschke, le tégument s'enfoncerait au milieu de la partie antérieure de la vésicule oculaire, comme un sac dont l'ouverture se resserrerait de plus en plus et finirait par se séparer de la cornée. C'est le vestige de cette disposition transitoire qu'on retrouve dans les tractus dont il est question en ce moment. »

Le Dr Nuel (66) n'admet pas, pour l'explication de cette anomalie congénitale, que la non-involution de la portion de peau, qui constitue le lambeau préoculaire, soit donnée comme fait primordial.

Il ne saurait être question d'une non-involution. Vers la fin du second et vers le commencement du troisième mois de la grossesse, la peau embryonnaire ressemble plutôt à une muqueuse. Les papilles, les cheveux, etc., ne se développent que plus tard.

Pendant le troisième mois, la peau s'élève autour de cornée, en un pli circulaire qui conduit à la formation des paupières. La fente, d'abord circulaire, s'allonge dans le sens transversal. Puis les deux paupières se soudent ensemble, pour ne se séparer qu'un peu avant la naissance.

Si, pour une raison ou pour une autre, une partie de paupière ne s'avance pas au-devant de l'œil, alors une partie du tégument externe, qui devrait se transformer en conjonctive, est à nu et exposée à toutes sortes d'influences extérieures ; humeur aqueuse, air, etc. En outre, la compression exercée par les paupières fermées fait défaut.

D'aprés Manz, dit-il, les paupières ne se composent jamais de deux parties séparées qui se soudent plus tard, l'arrêt de développement ne peut être invoqué pour expliquer le colobome palpébral.

Il est d'avis que le fait, qu'à aucune période on n'a vu la paupière composée de deux moitiés, n'est pas une preuve péremptoire, attendu que la formation de la paupière n'est connue que dans ses grands contours.

Le colobome sourcilier fournit quelques indices relatifs à la genèse du colobome palpébral. M. Nuel croit pouvoir conclure, avec un très haut degré de probabilité, que les parties manquantes, cils, paupières, sourcils, ne sont pas assez descendues. Il faut attendre que des recherches embryologiques fournissent de plus amples éclaircissements.

Etant admis que la languette de cheveux, signalée au-dessus du colobome sourcilier, a quelque lien

génésique avec le colobome palbébral, il n'est pas probable qu'elle soit toujours visible, surtout quand l'anomalie palpébrale est peu marquée. Elle se trouve, dans le cas de Nuel, un peu en dehors de la bosse frontale, au-devant de l'oreille, dans l'angle rentrant que fait la limite antérieure des cheveux chez un individu bien constitué.

Les choses sont donc telles qu'il est permis de se demander si cet angle n'a pas un rapport génésique avec la formation des sourcils. A différentes reprises, on a signalé la coïncidence des dermoïdes avec le colobome palpébral.

Cette complication s'explique très bien si l'on admet les déductions de Nuel. Un colobome assez prononcé au début peut se combler plus ou moins vers la fin de la vie intra-utérine, ou même dans l'enfance; la partie conjonctivale restée à nu pourra se développer encore plus que dans le cas relaté, se couvrir par exemple de poils.

Ensuite, si le colobome tend à se combler, les paupières compriment le lambeau de peau, le déplacent, le soulèvent et le rendent finalement semblable à un polype pédiculé. Il peut se faire qu'à la suite d'une occlusion défectueuse des paupières, la conjonctive prenne les caractères de la peau ou des verrues, et que cette occlusion se complète plus tard, mais trop tard pour faire disparaître l'anomalie : de là dermoïdes conjonctivaux.

M. Van Duyse (72), 1882, après avoir publié une observation de bride dermoïde oculo-palpébrale et de

colobome partiel de la paupière, et fait une longue dissertation au sujet de la genèse de ces malformations, conclut ainsi :

Le colobome de la paupière est dû à une adhérence pathologique intra-utérine circonscrite entre l'amnios d'une part, et le tégument externe qui recouvre chez l'embryon la vésicule oculaire, d'autre part.

Cette adhérence entrave partiellement le développement normal de l'une des paupières ou de toutes deux.

Le dermoïde épibulbaire, qui accompagne dans la majorité des cas l'anomalie palpébrale, correspond au point où une bride amniotique circonscrite demeure soudée avec la membrane qui s'étend au-devant de l'œil fœtal (type dans l'observation de Wecker).

Les dermoïdes en question, s'observant également sur la paupière (Talko A, Ryba) et dans la région sous-sourcilière (Sleigh) expliquent les fissures de la paupière correspondante par leur seule position, lorsque l'œil est indemne de toute lésion. Ils n'excluent pas la présence d'autres productions dermoïdes sur le globe oculaire (Talko B).

S'il n'existe aucun dermoïde ni sur l'œil, ni sur les paupières (Pfluger), c'est que la cause productrice du colobome palpébral peut avoir disparu de bonne heure, ne laissant que peu ou pas de trace de son existence sur l'œil ou sur son pourtour (rupture précoce de l'adhérence).

Les fissures de la paupière, déterminées par des

brides oculaires palpébrales (Bruns), n'excluent nullement l'existence des atrophies partielles et des fissures de la face que l'on observe en coexistence avec elles (bec-de-lièvre, fente faciale oblique, etc.), soit qu'elles aient été déterminées par ces adhérences circonscrites, soit qu'à leur tour des adhérences de l'amnios avec des fentes embryonnaires de la face aient produit des troubles d'évolution dans les paupières et leur voisinage. L'observation directe nous montre d'une part les brides oculaires encore en place et de l'autre, des restes d'amnios flottant sur les bords irréguliers de fentes faciales persistantes chez le fœtus.

M. Pfluger (1883) publie une seconde observation de colobome, et, à propos de ce cas, il donne un aperçu des cas réunis par Van Duyse.

« L'hypothèse de Van Duyse, que le colobome palpébral, dit-il, ainsi que le dermoïde épibulbaire doit son développement à une adhérence pathologique circonscrite de l'amnios avec le tégument de la vésicule oculaire paraît mieux, que tout autre hypothèse, s'appliquer au cas que je viens de publier. »

Quant à Osio (1883), il considère le colobome plutôt comme une inflammation pendant la période d'évolution des paupières que comme un arrêt de développement.

Vassaux (1883) admet aussi comme cause primordiale l'adhérence amniotique, mais cette adhérence jouera un rôle tout spécial. « Elle arrêtera les

bourrelets palpébraux dans leur mouvement de descente ; les deux épithéliums, une fois en bourrelets au niveau de l'adhérence, se trouveront en contact, et rien ne s'opposera à ce qu'une soudure entre la paupière et le bulbe se produise, de même que se produit la soudure des deux bourrelets palpébraux quand ils viennent à se rencontrer. Mais le mésoderme arrêté au niveau de la bride ne se développera pas moins, et son extension ne pourra se faire que suivant la soudure épithéliale. Il va donc repousser peu à peu ces cellules et former un bourgeon qui s'invaginera sous la conjonctive. Le dermoïde sera alors formé, et il sera constitué par le bord libre de la paupière comme semble le démontrer l'existence de pigment à la surface du derme. »

Ainsi, ce ne sont plus les débris de l'adhérence amniotique qui constituent le dermoïde, mais bien une portion du bord palpébral, soudé à la cornée et invaginé sous la conjonctive. Cette théorie semblerait expliquer comment le bourgeon invaginé pourra être assez solidement fixé au bulbe, pour arrêter le mouvement d'ascension de la paupière et déterminer la formation d'un colobome avec lambeau adhérent, comme dans le cas de Manz.

M. Picqué (91), 1886, dans sa thèse d'agrégation, se demande si c'est un simple arrêt de développement. Mais à aucune époque, comme le fait fort exactement remarquer Manz, la paupière supérieure n'est formée de deux moitiés. Force est donc d'admettre que, dans ces cas d'anomalie, la formation de la paupière a

rencontré une résistance spéciale. Il examine ensuite les opinions de Manz et de Vecker, celles de Nuel, de Ryba et de Polaillon, pour arriver aux théories émises par Van Duyse, Vassaux et Gallenga, puis il ajoute : « Que les paupières soient non seulement soudées entre elles, mais aussi soudées à la cornée, d'après le mécanisme de la compression de l'amnios sur l'embryon, et elles ne se rétracteront pas au niveau de cette membrane au moment où s'ouvrira la fente palpébrale. Les parties latérales se sépareront forcément de la partie médiane immobilisée et l'on sera en présence d'un cas analogue à celui de Lannelongue : bride comprise entre les bords d'un double colobome vertical et allant du péricrâne à la peau de la joue en s'insérant au bulbe oculaire ; si une seule paupière est adhérente, le colobome sera simple. »

Si l'on considère les cas de colobomes isolés, c'est-à-dire ne s'accompagnant pas de dermoïdes, on peut les diviser en deux groupes, suivant qu'ils siègent à la paupière supérieure ou à l'inférieure. Les colobomes de la paupière inférieure coexistent pour la plupart avec des becs-de-lièvre de la lèvre supérieure et reconnaissent la même cause qu'eux. C'est ainsi que dans les cas de Pelvet et de Kraske, on trouve nettement indiquée l'existence d'un sillon partant de la fente palpébrale et aboutissant à la lèvre également divisée.

Parmi les colobomes isolés de la paupière supérieure, nous trouvons les deux cas de Mayor et de Streatfield, dans lesquels sont signalés deux lam-

beaux, l'un d'aspect conjonctival, l'autre d'aspect cutané, pendant entre les bords de la fente. Ne serait-on pas autorisé à voir dans ces lambeaux des vestiges de brides autrefois adhérentes à la cornée comme dans le cas de Manz.

Quant aux autres cas, doit-on les rapporter à une ancienne adhérence qui n'aurait pas laissé de traces ou n'aurait, comme dans certaines observations, laissé que des taches insignifiantes sur la cornée ? Ou bien ne sont-ils que la conséquence de soudures partielles des paupières entre elles, l'une des paupières entraînant une portion de l'autre au moment de leur séparation ?

M. Schiess-Gemuseus (92), 1887, à propos d'un cas de colobome qu'il publie, s'exprime ainsi :

« Comme on le sait, les opinions sur le colobome des paupières sont très diverses. Pendant que les uns le regardent plutôt comme un arrêt de développement, les autres le considèrent comme un vice de formation.

Mon cas milite évidemment en faveur de la première opinion, car on doit naturellement considérer comme appartenant aux arrêts de développement les déformations de la pupille et de la face jointes à celles des paupières. Cette opinion me semble du moins plus naturelle que de ne voir dans le colobome des paupières que des complications accidentelles. Je ne puis affirmer avec certitude si le trouble de la cornée gauche est un trouble congénital ordinaire, ou s'il est, ainsi que l'aplatissement de la

chambre antérieure et la distension en haut de la pupille, le résultat d'une inflammation fœtale. La tension du globe oculaire gauche ne donne aucune indication là-dessus. Quant à la question de savoir s'il s'agit d'un arrêt de développement ou d'un vice de formation, il faut naturellement tout d'abord s'entendre sur ce que l'on désigne par arrêt de développement. Comme Manz le fait très bien remarquer, on ne saurait admettre pour le colobome des paupières la même hypothèse que pour le colobome de l'iris ou de la choroïde ; car on ne connaît aucun moment où la paupière se forme en deux parties différentes. Il faudrait cependant adopter une cause pour expliquer pourquoi il ne se forme pas, dans une partie de la paupière, des bords ordinaires, munis de cils et de glandes et pourvus de tarse. Il y a donc un arrêt dans ce processus normal. Cet arrêt provient-il des modifications du globe oculaire qui se trouve placé derrière et sur lequel les paupières devraient se rejoindre en haut et en bas? L'apparition fréquente sur la surface bulbaire de dermoïdes, tantôt libres, tantôt pourvus d'appendices en forme de pince, pourrait être invoquée en faveur de l'opinion que nous exposons.

« D'après Ammon, nous savons aussi que la réunion de la paupière inférieure avec la supérieure, c'est-à-dire leur soudure, précède la formation des glandes, des cils et du tarse. Si donc, des modifications de la surface bulbaire, comme le serait, par exemple, une inflammation, et que nous pouvons nous représenter

comme ayant une action temporaire, étaient à même d'empêcher une formation définitive, les paupières pourraient, en certains endroits, se former normalement et faire défaut dans d'autres, ou ne pas parvenir à se réunir, et en même temps perdre la faculté de se garnir de cils, de glandes et de tarse. A cause des rapports histologiques des dermoïdes avec la peau, on acceptera plutôt que les parties qui appartiennent au bulbe et celles qui couvrent la paupière ont la même origine. Les cas observés par Horner et Manz, où, à côté des dermoïdes, des ponts de peau réunissent directement la paupière et le bulbe, militent aussi beaucoup en faveur de cette hypothèse. Si l'on préfère appeler cette modification ou formation un *vitium primæ formationis*, je ne m'y oppose pas. L'œil gauche, avec sa cornée légèrement opacifiée et sa chambre antérieure légèrement aplatie, aura certainement traversé, dans la vie fœtale, une période d'inflammation qui peut avoir eu sur la formation du bord ciliaire, que je regarde comme la source de l'humeur aqueuse, une inflammation déterminante, un arrêt de développement *et de croissance*. La nature et la coloration de l'opacité de la cornée indiquent plutôt un processus inflammatoire, car les taches congénitales ordinaires de la cornée présentent plutôt une légère teinte bleuâtre qui manque ici complètement. Comme nous l'avons remarqué plus haut, on ne peut cependant rien conclure de certain. »

Quant à Morian (1887), on a vu que parmi les observations qu'il publie figurent trois cas de colo-

bome. Sur les trente-six cas qu'il donne d'occlusion défectueuse de la fente oblique de la face, il y en a vingt-trois dans lesquels on rencontre des altérations des paupières. Malgré cela, il ne se prononce nullement sur la nature habituelle du colobome, son travail étant fait dans un autre but.

Enfin, M. le professeur Panas, en juillet 1887, à propos d'un cas de colobome congénital de la paupière supérieure de l'œil, qu'il présente à sa clinique, s'exprime ainsi sur le développement de cette malformation :

« Pour expliquer l'existence de cette fissure, on invoque de nombreuses théories : par analogie avec la fissure labiale qui constitue le bec-de-lièvre, on a voulu voir ici un phénomène analogue, un arrêt de développement, et l'on a dit que le colobome était le bec-de-lièvre de la paupière.

Or, la lèvre supérieure est formée par trois bourgeons, deux latéraux et un médian, qui descend sur la ligne médiane pour se souder aux deux autres, afin de constituer une arcade à convexité antérieure. Si le travail de jonction du bourgeon médian intermaxillaire s'arrête ou ne s'accomplit pas d'un seul ou des deux côtés, il persiste à ce niveau une ou deux fentes qui constituent le bec-de-lièvre simple ou le bec-de-lièvre double.

Lorsque l'absence de suture porte, en même temps que sur la lèvre, sur la mâchoire supérieure, l'arcade dentaire, la voûte palatine, on a le bec-de-lièvre compliqué, la gueule-de-loup. En est-il de même pour les paupières ?

On l'a cru autrefois. Or, celles-ci ne se développent pas par deux moitiés latérales ; mais par deux anneaux circulaires qui apparaissent vers le troisième mois, qui vont de la périphérie au centre, recouvrant le globe oculaire.

Vers la fin du troisième mois, elles se soudent par leurs bords et l'œil est ainsi sous-cutané. Il reste en cet état jusqu'à la fin de la gestation. Chez certains animaux, le chat, par exemple, le décollement des paupières ne s'effectue même qu'après la naissance.

Cette soudure des paupières se fait seulement par l'accolement de leur revêtement épithélial.

Lorsque le décollement ne se fait pas à la naissance, on a la suture congénitale des paupières, si le décollement est incomplet, on observe la microblépharie.

En admettant ce mode de développement, nous ne pouvons invoquer le mécanisme du bec-de-lièvre, par arrêt dans l'évolution, puisque l'état que nous observons ne correspond à aucun état antérieur.

Si nous nous rappelons que la fente siège plus souvent en haut qu'en bas, qu'elle ne se fait pas vers l'angle interne mais au milieu de la paupière, qu'elle est aussi variable dans son étendue que dans son siège, nous devons admettre qu'il s'interpose à un moment donné, un obstacle qui gêne le développement et l'occlusion des paupières.

Partant de cette idée de l'intervention d'un corps voisin, il faut chercher à déterminer quel peut être ce corps. »

Après avoir envisagé les théories de Wecker, de Manz et de Polaillon, M. le professeur Panas ajoute :

« L'explication la plus vraisemblable, la plus ingénieuse est celle qu'a proposée en dernier lieu Van Duyse, de Gand. Il pense qu'au moment où l'œil est ouvert, alors qu'il est encore dans le capuchon amniotique, et que les paupières n'existent pas, des adhérences anormales et pathologiques s'établissent entre l'amnios et la surface du globe. Cette bride amniotique empêche l'évolution des paupières.

Elle-même se transforme peu à peu en peau et alors, rien d'étonnant à ce qu'elle persiste, même après la naissance. Dans d'autres cas, elle disparaît à un moment donné après avoir empêché l'occlusion des paupières et déterminé la production du colobome. Comme elle ne peut se détacher complètement de la cornée, on voit persister sur celle-ci une plaque scléreuse.

Enfin, dans certains cas, la bride peut se décoller d'assez bonne heure pour qu'il n'y ait pas de colobome ; mais le dermoïde de la cornée n'en persiste pas moins.

Si cette pathogénie est la vraie, elle explique le cas de notre malade, chez qui, outre le colobome, nous trouvons une opacité de la cornée qu'expliqueraient parfaitement des adhérences intra-utérines. Plus on réfléchit, plus on trouve cette explication satisfaisante.

Il est d'ailleurs impossible d'en trouver d'autre, à

moins d'admettre une adhérence entre la peau, la conjonctive et les milieux de l'œil. Cette explication est peu soutenue, attendu que l'œil a déjà évolué lorsque les paupières commencent à se former.

CHAPITRE VI

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Nous venons d'exposer, d'une façon aussi complète que possible, les diverses opinions que les auteurs ont émises sur la genèse du colobome congénital des paupières. On nous reprochera peut-être de n'avoir pas groupé ces théories d'après leur parenté : nous avons préféré suivre l'ordre chronologique, afin de mieux montrer les différentes phases par lesquelles a passé cette question.

Il résulte donc de toutes les opinions reproduites dans les pages précédentes, que l'on se trouve en présence de quatre grandes théories auxquelles peuvent se rattacher les idées des auteurs qui ont écrit sur la matière.

Pour les uns (Ammon, O. Becker) il s'agit d'un vice de formation « *vitium primæ formationis.* »

D'autres y voient un *arrêt de développement* (Desmarres, Tillaux, Gillette, Pozzi, Schiess). Heyfelder appelle même à son secours l'anatomie comparée et prétend que les yeux à colobome sont arrêtés au point de développement embryonnaire des yeux des lézards et des tortues.

Osio se déclare pour une *inflammation* pendant la période fœtale d'évolution.

Enfin Van Duyse, et d'après lui, Pfluger et Panas l'attribuent à l'influence de brides amniotiques.

Pour nous, nous n'admettrions un vice de *primæ formationis*, que si l'arrêt de développement normal n'expliquait pas mieux les faits.

Nous sommes d'accord avec tous ceux qui ont admis l'arrêt de développement, mais jusqu'ici personne n'avait donné un appui à sa manière de voir. Chacun s'est trouvé arrêté, pour ainsi dire, par ce fait qu'à aucune période de la vie fœtale, la paupière n'était formée de deux parties, comme le sont la choroïde et l'iris par la fente fœtale. La plupart se sont basés sur la similitude des becs-de-lièvre, sans donner la raison anatomique, et ce n'est que depuis que Morian nous a démontré qu'il y avait dans la fente oblique de la face des colobomes ou d'autres altérations des paupières, que nous avons adopté notre opinion.

Nous n'avons pas à réfuter les théories de Manz et de Wecker, pour lesquels le colobome palpébral est secondaire, par rapport à la formation du lambeau ou de la tumeur dermoïde. Pour nous, au contraire, il est le fait primordial, et Nuel est de notre avis, mais pour lui la cause en demeure inconnue.

Cependant, nous dirons un mot de la théorie de Manz (hétérotopie). C'est une opinion que l'on pourrait soutenir au besoin pour les dermoïdes et même pour la bride du symblépharon, mais qui ne peut s'appliquer au cas de colobome simple, puisqu'il n'y a aucun tissu déplacé, mais qu'on trouve au contraire une absence de tissu.

Quant à l'*inflammation* pendant la période d'évolution, il n'y en a aucune trace dans le cas de colobome simple, et elle ne pourrait également, à la rigueur, s'appliquer qu'aux dermoïdes et au symblépharon.

Pour nous (et les idées que nous développons sont aussi celles de notre maître, M. le professeur Dor), il résulte, soit de l'examen de notre cas, soit de l'étude des observations publiées jusqu'ici, soit enfin des travaux ayant trait aux fentes faciales pathologiques, qu'il s'agit évidemment d'un arrêt de développement dû à une occlusion incomplète de la fente oblique de la face, et cette idée, nous en réclamons toute la priorité.

Cette opinion était d'ailleurs déjà justifiée dès qu'on eut observé le premier cas de colobome symétrique aux deux yeux. Aujourd'hui que nous possédons onze observations semblables, il nous est impossible d'admettre que la bride amniotique ait pu causer ces anomalies sur les deux yeux, dans des points exactement correspondants.

Notre manière de voir trouve son plus solide appui dans la belle étude que Morian a publiée sur les fentes faciales obliques, lesquelles vingt-trois fois

sur trente-six cas (dont sept lui appartiennent), intéressent la paupière, et même dans un cas (Seiler), nous voyons les deux yeux diparaître dans la fente fœtale.

Dans quelques cas exceptionnels, comme dans les observations III et IV de Morian, le colobome serait peut-être dû, en partie, à la compression des cordons amniotiques.

Nous ne devons donc pas prétendre que la théorie de Van Duyse ne puisse pas être juste dans quelques cas exceptionnels, mais elle ne saurait expliquer ni la symétrie parfaite des deux colobomes de notre observation personnelle, et des observations de Wilkinson, Streatfield, Gillette, Sleich, Schiess, ni surtout les nombreux cas donnés par Morian.

La seule objection que l'on pourrait nous faire, c'est que dans notre cas, comme dans plusieurs autres observations de colobome simple des paupières, il n'y a ni bec-de-lièvre, ni aucun vice de conformation attribuables à la non-occlusion du reste de la fente fœtale. Mais nous rappellerons que Verneuil (22) a expliqué d'une manière analogue la présence des kystes dans la queue du sourcil.

Les faits, comme celui de Schiess-Gemuseus, dans lesquels on observe en même temps d'autres lésions (colobome de la choroïde et de l'iris), que tout le monde s'accorde de nos jours à considérer comme le résultat d'un arrêt de développement, viennent encore à l'appui de notre manière de voir.

Nous concluons donc, comme nous l'avons dit plus haut, que le colobome congénital des paupières

s'explique d'une manière absolument satisfaisante, en admettant qu'il est dû à un arrêt de développement résultant de l'occlusion incomplète de la fente oblique de la face.

Le Président de la Thèse,
B. MONOYER.

Vu : *Le Doyen*,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 25 juillet 1888.

Le Recteur,
EM. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kulmus. — *Partus monstrosi historia*, Lipsiæ, 1732.
2. Sœmmering. — *Beschreibung einiger Missbildungen*, 1791.
3. Klein. — *Spec. anat. inaug. sist. monst. q. descrip.*, Stuttgard, 1792.
4. Mayor. — Thèse sur *quelques maladies des yeux*, Montpellier, 1808, p. 11.
5. Meckel. — Handbuch der Menschlic, *Anatomie*, 1816.
6. Nicati. — *Spec. de lab. lep. nat. et orig. Diss.*, 1822.
7. Laroche. — *Essai d'anat. pathol. sur les monstres ou vices de conformation primitive de la face*, thèse de Paris, 1823.
8. Meckel. — *Meckel's Archiv.*, 1828.
9. Beer. — *Das auge oder Versuch., etc.*, Vienne, p. 55. 1831.
10. Heyfelder. — *Ammon's Zeitschrift f. opht.*, t. I, p. 480, 1831.
11. Geoffroy-Saint-Hilaire. — *Traité de tératologie*, Paris, 1832.
12. Seiter. — *Beobachtungen ursprünglicher Bildungsfehler der Augen*, Dresde, 1833.
13. Walter Dick. — *London med. gaz.*, 1837.
14. Walter Dick. — *London med. gaz.*, 1839.
15. Von Ammon. — *Ammon's Zeitschrift f. opht.*, t. V., p. 83, 1837.
16. Ryba. — *Von Ammon's*, Monatschrift, 1838, p. 658.
17. Lenckart. — *Untersuchungen uber das Zwisch. des Menschen*, p. 47, 1840.
18. Von Ammon. — *Klin. Darsdellungen der Krankheiten und Bildung des Mensch. Auges*, t. III, p. 4, 1841.

19. Von Ammon. — *Walter und Ammon's*, journal der Chir. und Augenheilkunde, t. LXXXI, p. 96, 1843.
20. Cunier. — *Annales d'oculistique*, t. VII, p. 10, 1842.
21. Arlt. — *Krankheinten des Auges*, t. III, p. 376, 1845.
22. Verneuil. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 300.
Verneuil. — *Archives gén. de Médec*, juin-sept., p. 302.
23. — Ryba. — *Prager Vierteljahr, f. der Prakt-Heilk*, 1853, t. III, p. 28-29.
24. Vrolik. — *Tabulæ ad illustrandam embryog. homin. et mam.*, Lipsiæ, 1854.
25. Desmarres. — *Traité des maladies des yeux*, 1854.
26. Mackensie. — *Traité des maladies des yeux*, 1856.
27. De Graefe. — Ein Fall von Colobom beider Lider, der Nase und der Lippe *Arch. f. opht.*, t. IV, 2, p. 269, 1858.
28. Von Bruns. — *Handbuch der prakt. chirurg.*, I, p 262, 1859.
29. Pelvet. — *Gazette méd. de Paris*, 1864, n° 28
30. Guersant. — *Gazette des hôpitaux*, 1860, n° 28, p. 112.
31. Wilde. — *Dublin Quaterly Journal*, 1862, p. 73.
Wilde. — *An essay of the malformations and congenital diseases of the organs of sight*, London, 1862.
32. Deval. — *Traité des maladies des yeux*, 1862.
33. Braun. — *Neuer Beitrag zur Lehre von den amniot Bandern med. Jahrbucher Wien*, 1862.
34. Fergusson. — *Bulletin gén. de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1862, t. LXIII.
35. O Becker. — *Wiener med. Wockensch*,. n°s 16-18, 1863.
36. *Spittals Zeitung*, 1863, p. 187
37. Hecker. — *Klinick der Geburstkunde*, t. II, p. 227, 1864.
38. Horner. — *Colobom des Augenlids Jahlreich Dermoidgesch in Klin. Monatsbl. f. Aug.*, p. 190, 1864.
39. Bidalot. — *Thèse de Strasbourg*, 1867.
40. V. Ross. — *Transactions of the obstetr. Society*, London, v. IX, 1868.
41. Manz. — Fall von Missbildung am Auge (coloboma palpebræ congenitum) *in Græffe's Arch. f. opht.*, t. XVI, p. 145, 1868.
42. De Wreker. — Beitrag zur congenitalen spatsbildung der Lider *in Arch. f. Aug. und Ohrenh.* t. I. p 126, 1869
43. Barkow. — *Beitrage zur pathologischen Entwickelungeschichte*, Breslau, 1871.
44. Segly. — A case of congenitalen fissure of the lids in Transact., *of the Americ. opht. Soc.*, p. 144, 1871.
44 *bis*. Talko. — *Virchow's Archiv.*, Bd 52, 1871, p. 563.
45. Steffan. — *Elfter Jahresbericht der Augenheilanstalt, in Francfort*, p. 36 *et Nagel's Jahresb.*, f. 1873, p. 462.

46. Wilkinson. — Congenital extension, etc., *Transactions of the pathol. Soc.*, p. 214, 1872.

47. Pfluger. - Ein Fall von Colobom der Lider, *in Klin Monatsbl., f Aug.*, t. X, p 250, 1872.

48. Streatfield. — Coloboma of both upper eyelids., *in Opht. hosp. Rep.*, t. VII, p. 451. 1873.

49. Gilette. — Colobome des deux paupières supérieures, *Union médicale*. n° 60, 1873.

50. Polaillon. — *Gazette des hôpitaux*, 1874, n°s 31-32.

51. Hasselmann. — *Archiv. f. Klin. chir.*, 1874, t. XVI, p. 684.

53. Talko. — Zwei Falle von congenitalen coloboma palpebrarum, *in Klinis. Monatsbl. f. Aug.*, p. 202, 1875.

54. Davidson. — Large coloboma of the upper eyelid., *in Med. Times and Gazette*, t. L, p. 169, 1875.

55. C. Dareste. — *Recherches sur la production artificielle des monstruosités*, Paris, 1877.

56. Cusset. - *Etude sur l'appareil branchial des vertèbres et q.q. affections qui en dérivent chez l'homme*, thèse de Paris, 1877.

57. Kraske. — Zur casnistik der retardirten intrauterinen Verschmelzung von Gesichtsspalt, *in Archiv. f. Klin Chir.*, t. XX, 2, p. 396, 1877.

58. Fritzsche. — *Beitrag zur statistik und Behandlung der angeb. Missbildungen des Gesicht*, 1878.

59. Albrecht. — *Die morphologische Bedentung der seitb. Kiegferspalt und die wahrscheinliche Existenz von vier Zwischen-Kiefern bei den sangethieren Zoologischer Anzeiger*, 1879, p. 207-213.

59 *bis*. Tillaux. *Traité d'anatomie topographique*, 1878.

60. Corradi. - Un caso di coloboma congenito e labro leporino, *lo Sperimentale*, avril, p. 371. 1879, t. XLIII.

61. Grüning. — Congenital coloboma of the eyelids, *Archiv. of med.*, New-York, 1880, t. IV. p. 44 50.

62. Steich. — Augebornes colobom der Augenlider, in Miltheil ans der opht, *Klin in Tubingen*, p. 114. 1880.

63. De Wecker et Landolt. — *Traité des maladies des yeux*, 2e éd. 1880.

64. Lannelongue. - *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1881. p. 483.

65. Pozzi. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1881, p. 487.

66. Nuel. Un cas de colobome de la paupière supérieure et des sourcils, *in Archives d'ophtalm. françaises*, juillet-août 1881. p. 437-449.

67. Ahlfeld. — *Die Missbildung des Mensch*, Leipsig, 1882.

68. Horner. — *Handbuck der Klinderkrankheiten Gerhardt*, p. 228, 1882.

69. Th. Koelliker. — *Ueber das os intermaxillare der Menschen und die Anatomie der Hasenscharte und des Wolfr.-Habilitation-schrift*, 1882.

70. Albrecht. — Sur les quatre os intermaxillaires, le bec-de-lièvre et la valeur morphologique des dents incisives supérieures de l'homme. *Communication faite à la Société d'anthropologie de Bruxelles*, 25 oct. 1882.

71. Albrecht. — Ueber die Morphologische Bedeitung der Kiefer, *Lippen und gesichtsspalten Langenbeck's arch.*, bd. XXXI, 3.

72. Van Duyse. — Bride dermoïde oculo-palpébrale et colobome partiel de la paupière, *Annales d'oculistique*, t. LXXXVIII, sept.-oct. 1882.

73. Osio. - *El siglo medico*, mai 1883.

74. Albrecht. — Sur la fente maxillaire double sous-muqueuse et les quatre os intermaxillaires de l'ornithorynque adulte normale, Bruxelles, 1883.

75. H. Meyer. — Der Zwischenkieferkuschen und seine Bezichungen zur Hasenscharte und zur Gesichtspalte-Deutsch., *f. Chir.*, bd XX, p. 293, 1884.

76. Albrecht. — Ueber die Morphologische Bedentung der Kiefer Lippen und Gesichtsspalten, *Centralbl. f. Chir.*, 1884, n° 23.

76 *bis*. Snell. — *Transactions of the Opht Soc. of the united Kingdom*, t. IV, chap. xiii, 1885.

77. Th. Koelliker. — Zur Zwischenkieferfrage, *Centralbl. f. Chir* 1884, 39.

78. Th. Koelliker. — Zur odontologie der Kieferspalte bei der Hasens-*charte Biologische*, 1885, bd. V, n° 12.

79. Albrecht. — Die Zwischenkiefer (*extrait des comptes rendus du Congrès périodique international des sciences médicales*).

80. Albrecht. — Offener Brief an Prof. Krause, *Biologisches Centralblatt*, bd. IV, n° 3.

81. Albrecht. — Erwiderung auf Herrn Prof. Meyer, etc., *Deutsch Zeitsch. f. chir.*, Bd., XXI, p. 201, 1885.

82. Albrecht. — Ueber sechsschneiderzahnige Gebisse beim normalen Menschen, *Centralblatt f. Chir.*, 1885, n° 24, Beilage.

83. Albrecht. — Zur Zwischenkieferfrage, Erwiderung auf. die Bes, prechung der Prof. Stoehr, *Fortsch. d. med.*, 1885, n° 14.

84. Albrecht. — Ueber den morphologischen sitz der Hasenscharten. *Kieferspalt Biologisches Centralbl*, 1886, bd., VI, n° 3.

85. Quéno. — *Des arcs branchiaux*, thèse d'agrégation, Paris, 1886.

87. Debierre. — *Manuel d'embryologie humaine et comparée*, 1886.

88. Morian. - *Archiv. f. Klin. Chir. de Langenbeck*, bd 35, 1887.

89. Biondi. — *Sitzungsbericht der Konigl. Akademie der Wissen schaften*, Berlin, 1886, 6.

90. Biondi. — *XVe Congrès de chirurgie allemand*, 1868.

91. Picqué. — *Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil*, Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

92. Schiess-Gemusens. — Beiderseitiges angeborenes Lidcolobom mit Iriscolobom, *Klin. monatsbl. f. Augenheilkund*, 1887.

93. Gand. — *Bulletin de la Clinique des Quinze-Vingts*, t. V, avril-juin 1887, clinique du Dr Fieuzal.

94. Panas. — Clinique sur les vices de conformation de l'iris et de la paupière avec présentation de malades, *Bulletin médical*, 17 juillet 1887, n° 40.

95. Despagnet. — *Recueil d'ophtalmologie*, nov. 1887, p. 671.

96. Biondi. — Des becs-de-lièvre et de leurs complications, *Archiv. für. patholog. anatom. und physiol und f. Klinisch. medic.*, Berlin, 1888.

1405-- [illegible] syndicale des ouvriers typographes), r. Ferrandière, 52.

I

II